



Décubitus dorsal versus décubitus latéral durant la 2e phase du travail

Claire Desmidt

► To cite this version:

Claire Desmidt. Décubitus dorsal versus décubitus latéral durant la 2e phase du travail. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00618108

HAL Id: dumas-00618108

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618108>

Submitted on 31 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

Le : 6 avril 2011

Par

Claire DESMIDT

Née le 15 août 1987

Décubitus dorsal versus décubitus latéral durant la 2^{ème} phase du travail

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme TESSIER Véronique

Sage-femme cadre supérieur, Kremlin Bicêtre

JURY :

Mr le Professeur CABROL

Mme NGUYEN

Mr le Professeur GOFFINET

Mme GUILLAUME

Mme MESNIL

Directeur technique de l'ESF de Baudelocque

Directrice de l'ESF de Baudelocque

Gynécologue obstétricien, maternité Port Royal

Sage-femme cadre supérieur, maternité Necker

Sage-femme guide de l'ESF de Baudelocque

N° du mémoire 2011PAO5MA13

Remerciements

Je remercie tout d'abord la directrice de mon mémoire, Mme Véronique Tessier, cadre supérieure au Kremlin-Bicêtre, qui m'a fait l'honneur de bien vouloir diriger mon travail. Je la remercie pour son accompagnement tout au long de ce travail et ses nombreux conseils qui m'ont permis d'aboutir.

Je remercie Mme Mesnil pour sa disponibilité, ses encouragements et ses conseils qui m'ont accompagné dans l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie Anne Chantry qui a su se rendre disponible pour m'orienter quand j'étais dans le besoin.

Je remercie Monsieur le Professeur Cabrol, Mme Nguyen, directrice de l'école de sages-femmes et l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Baudelocque pour ce qu'elles nous ont transmis.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur écoute, leur présence et leur soutien et plus particulièrement Marie-Gilles.

Je remercie mes amies étudiantes sages-femmes de la promotion 2007-2011, pour la joie et l'amitié qu'elles m'ont apportées durant ces quatre années.

Enfin, je remercie les femmes et les sages-femmes rencontrées durant mes stages, et qui m'ont tant appris.

LEXIQUE

DD : décubitus dorsal

DL : décubitus latéral

APD : analgésie péridurale

RCF : rythme cardiaque fœtal

HPP : hémorragie du post-partum

IRM : image à résonnance magnétique

OR : odds ratio

IC : indice de confiance

OMS : organisation mondiale de la santé

HAS : haute autorité de santé

CNGOF : collège national des obstétriciens et gynécologues français

ATCD : antécédent

Table des matières

Introduction	10
Première partie CADRE CONCEPTUEL	12
1. Description des deux positions étudiées	12
1.1 <i>Le décubitus dorsal</i>	12
1.2 <i>Le décubitus latéral</i>	14
2.1 <i>La nutation et la contre nutation</i>	16
2.2 <i>Influence des positions sur les dimensions du bassin</i>	17
2.3 <i>Description de l'accouchement en décubitus dorsal</i>	18
2.4 <i>Description de l'accouchement en décubitus latéral</i>	19
3. Conséquences obstétricales et néonatales de l'accouchement en décubitus dorsal et en décubitus latéral : les données de la littérature	20
3.1 <i>Sur le rythme cardiaque durant les efforts expulsifs</i>	20
3.2 <i>Sur l'état néonatal</i>	21
3.3 <i>Sur la durée des efforts expulsifs</i>	21
3.4 <i>Sur l'état périnéal</i>	22
3.5 <i>Sur le mode de délivrance et les pertes sanguines</i>	25
3.6 <i>Sur la satisfaction des patientes</i>	26
1. Matériel et méthodes	27
1.1 <i>Objectifs</i>	27
1.2 <i>Hypothèses</i>	27
1.3 <i>Le type d'étude</i>	28
1.4 <i>La population étudiée</i>	28
1.5 <i>Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude</i>	29
1.6 <i>Les items étudiés</i>	30
1.7 <i>Les tests statistiques</i>	30
1.8 <i>Les outils</i>	30
2. Résultats	31
2.1 <i>Etude quantitative</i>	31
2.1.1 <i>La population étudiée</i>	31
2.1.2 <i>Le rythme cardiaque fœtal durant les efforts expulsifs</i>	34
2.1.3 <i>La durée des efforts expulsifs</i>	35
2.1.4 <i>L'état néonatal</i>	36
2.1.5 <i>L'état périnéal</i>	38
2.1.6 <i>Le mode de délivrance et les pertes sanguines</i>	41
2.2 <i>Etude qualitative</i>	42
2.2.1 <i>La formation des sages-femmes</i>	42
2.2.2 <i>L'origine de la demande</i>	43
2.2.3 <i>Le matériel nécessaire</i>	44
Troisième partie DISCUSSION	45
1. Discussion	45
1.1 <i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	45
1.2 <i>Analyse des résultats</i>	46
1.2.1 <i>Sur la durée des efforts expulsifs</i>	46
1.2.2 <i>Sur le bien être fœtal et néonatal</i>	49
1.2.3 <i>Sur l'état du périnée</i>	51
1.2.4 <i>Sur le mode de délivrance et les pertes sanguines</i>	54
2. Le rôle de la sage-femme	58
3. Les conditions de réalisations d'un accouchement en décubitus latéral	59

3.1	<i>La formation des sages-femmes</i>	59
3.2	<i>L'origine de la demande de mise en position latérale</i>	60
	Nous rappelons les résultats concernant l'origine de la demande ci-dessous :	60
3.3	<i>Le matériel nécessaire</i>	61
4.	Proposition d'un protocole de suivi	61
4.1	<i>Indication au décubitus latéral</i>	61
4.2	<i>Contre-indication au décubitus latéral</i>	61
4.3	<i>Proposition d'un protocole pour l'accouchement en décubitus latéral</i>	62
Conclusion		64

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Tableau 1	La durée des efforts expulsifs chez les primipares et les multipares dans les deux positions.....	22
Tableau 2	Relation entre la position d'accouchement et le besoin de suturer le périnée	23
Tableau 3	Les facteurs majeurs associés au besoin de suture périnéale.....	24
Tableau 4	L'âge	31
Tableau 5	Le terme	32
Tableau 6	Tableau sur la durée des efforts expulsifs moyenne chez les primipares et les multipares dans les deux positions	35
Tableau 7	Tableau du taux d'épisiotomie des primipares de l'étude	40

Liste des figures (schéma, graphiques, images...)

Figure 1 Le décubitus dorsal (<i>photo de Mélodie Hammel, sage-femme</i>).....	12
Figure 2 Le décubitus dorsal	13
Figure 3 Le décubitus latéral(<i>photo de Mélodie Hammel, sage-femme</i>)	15
Figure 4 Contre nutation et nutation (<i>De Kapandji</i>).....	17
Figure 5 La parité	32
Figure 6 La trophicité	33
Figure 7 La couleur du liquide amniotique à la rupture	33
Figure 8 Le rythme cardiaque fœtal durant les efforts expulsifs.....	34
Figure 9 La durée des efforts expulsifs chez les primipares en décubitus latéral	35
Figure 10 Le score d'Apgar à une minute	36
Figure 11 Le score d'Apgar à cinq minutes	37
Figure 12 Réanimation du nouveau-né.....	37
Figure 13 Devenir du nouveau né.....	38
Figure 14 Etat périnéal	39
Figure 15 Episiotomie	40
Figure 16 Mode de délivrance	41
Figure 17 Hémorragie de la délivrance	42
Figure 18 Respiration et poussée (<i>Laurent Mandelbrot université paris 7</i>).....	52

Liste des annexes

Annexe 1 : Rappels anatomiques sur le bassin et sa mobilité	68
Annexe 2 : Classification de Melchior	73
Annexe 3 : Questionnaire destiné aux sages-femmes qui pratiquent l'accouchement sur le côté à Colombes	74

Introduction

La position adoptée par les femmes lors de l'accouchement est influencée par un comportement instinctif et les normes culturelles. Ce comportement instinctif est guidé par la douleur. Les femmes s'efforcent de trouver la position dans laquelle elles souffrent le moins. Depuis l'antiquité et jusqu'à une période assez récente, la documentation recueillie décrit des positions verticales, ou latérales adoptées par les femmes, afin d'accoucher le moins douloureusement possible et avec le maximum d'efficacité pour éviter la dystocie [6,12].

Mauriceau (1637-1709) en 1668, propose d'installer les parturientes en position semi assise sur le lit, au moment des efforts expulsifs. Cette position permet essentiellement de faciliter la surveillance du travail et de permettre l'exécution des manœuvres. Il est le premier à avoir étudié la conformité du bassin chez la femme. Cette conception s'est généralisée à l'obstétrique occidentale pour déboucher sur l'accouchement en milieu hospitalier avec une disparition quasi-totale des accouchements à domicile [5]. Bien après, d'autres améliorations ont été apportées pour le suivi de la femme durant le travail. Mais cette médicalisation de la naissance a entraîné une immobilisation progressive de la femme pendant l'accouchement. Les premiers cardiotocographes, permettant la surveillance du rythme cardiaque fœtal, étaient peu sensibles et imposaient à la femme de limiter ses mouvements. Les premières péridurales, très fortement dosées entraînaient un bloc moteur chez la patiente, lui empêchant également de se mouvoir.

Les patientes bénéficient aujourd'hui d'une meilleure qualité d'analgésie. Mais soulagée, la femme perd son « instinct » pour lutter contre la douleur, elle est plus passive, souvent allongée dans son lit. Cela pourrait expliquer pourquoi les autres positions d'accouchement ont été mises de côté en France.

Dans les pays en voie de développement, les femmes sont bien souvent livrées à elles-mêmes, avec pour seule aide antalgique la mobilité et des postures alternatives lors du travail et durant l'accouchement. Dans ces postures, la verticalité et le

décubitus latéral dominant. [17].

Depuis les années 80, des publications sont apparues redécouvrant les positions maternelles adoptées par les patientes. De nombreux services en France permettent la formation des sages-femmes et la pratique de l'accouchement dans des positions différentes des positions conventionnelles. Dans la littérature, différentes postures sont décrites : assise, accroupie, à quatre pattes, debout, le décubitus latéral et le décubitus dorsal. Dans ce travail, nous nous intéresserons à ces deux dernières positions.

En position gynécologique, l'anatomie du bassin et la mécanique obstétricale ne sont pas une aide à la descente et à l'expulsion du fœtus car le bassin n'offre pas ses plus grands diamètres. Le syndrome cave peut être décrit. Il correspond à la compression des gros vaisseaux et en particulier de la veine cave inférieure en décubitus dorsal par la masse utérine entraînant une baisse du retour veineux au cœur droit, une hypotension artérielle, une hypoxie et une bradycardie fœtale.

Le décubitus latéral favoriserait l'hémorragie de la délivrance. C'est pourquoi il existe différents courants de pensée autour de ces deux positions.

La position en décubitus latéral expose-t-elle la femme à plus de risques que la position gynécologique ?

Cela suscite notre questionnement. Nous l'analyserons par le biais d'une étude. Dans un premier temps, nous décrirons les deux positions étudiées, leur impact sur la mécanique obstétricale. Dans un second temps nous recueillerons les données de la littérature. Enfin, nous analyserons les résultats.

Première partie

CADRE CONCEPTUEL

1. Description des deux positions étudiées

Ces deux positions entrent dans la classification des positions horizontales, positions où le poids de la parturiente repose sur son dos.

1.1 Le décubitus dorsal



Figure 1 (photo de Mélodie Hammel, sage-femme)

La position en décubitus dorsal correspond à la position en lithotomie (appelée communément position gynécologique). [5,6]

La femme est allongée sur le dos, le dossier de la table d'accouchement pouvant être relevé au maximum à 45°.

Les jambes sont soit fléchies avec les pieds sur la surface de la table, soit le plus souvent, reposent sur les étriers avec une forte flexion des cuisses (avec un angle fémur colonne < 90°) et rotation externe des fémurs.

La femme peut saisir avec ses mains la base des étriers et tirer sur ses bras. Cela

lui donne un appui lors de la poussée. Elle peut également placer ses mains sur ses cuisses et pousser en essayant de tendre les bras.

Avantages :

- Il s'agit de la position de référence dans les mœurs, les femmes ne sont pas déstabilisées par une position peu conventionnelle. En effet, dans l'étude faite sur le point de vue des femmes sur les différentes positions d'accouchement, il est dit que : « la position en décubitus dorsal leur est plus familière » [15].
- L'accoucheur peut effectuer si besoin une extraction instrumentale ou une épisiotomie car il est bien exposé.

Inconvénients : [21, 18, 23]

- La pesanteur oriente la tête fœtale vers l'arrière du bassin, donc vers le périnée postérieur, qui peut s'en trouver trop distendu (surtout si la patiente bénéficie de la péridurale, et si on lui demande de faire une « poussée bloquée »).
- Le sacrum s'horizontalise, le coccyx se déplace vers l'avant entraînant l'augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien et une diminution du diamètre sacro pubien et bi ischiatique.
- La nutation n'est pas possible car la sacro iliaque est bloquée.
- Le promontoire est bloqué dans cette position, cela ne facilite pas l'engagement.

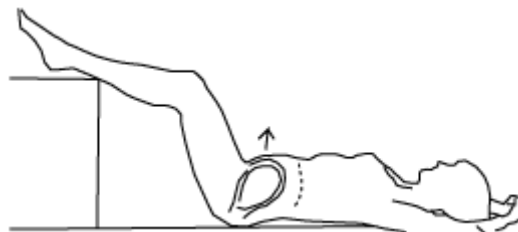


Figure 2

1.2 *Le décubitus latéral*

En décubitus latéral, la parturiente est allongée sur son flanc gauche ou droit, de façon totalement horizontale. [2]

La jambe du dessus est hyperfléchie de façon à marquer un angle entre le fémur et le tronc inférieur à 90°. Elle repose dans un étrier ou sur un coussin. L'étrier est légèrement incliné vers l'avant, le pied doit être plus haut que le genou, pour assurer la rotation interne du fémur supérieur.

L'autre jambe est étirée vers l'arrière et prend appui sur le cale pied opposé (un cale-pied droit pour une position en décubitus latéral gauche, un cale-pied gauche pour position en décubitus latéral droit). Si la patiente est trop petite, on peut avancer la partie amovible du lit pour qu'elle puisse bénéficier du cale-pied.

Lors de la poussée, la patiente place ses mains sur la poitrine de son conjoint ou sur une surface dure au-dessus de sa tête et pousse sur ses bras. Elle peut également tirer en s'agrippant à la tête du lit avec son bras supérieur.

Le côté sur lequel est allongée la patiente dépendra du côté du dos fœtal, soit sur le côté gauche pour un dos à gauche et sur le côté droit pour un dos à droite.

Avantages : [21,18]

- Cette position permet à la patiente de détendre les muscles du cou et du dos même durant la poussée.
- L'utérus est orienté dans l'axe sagittal.
- L'accompagnant peut utiliser la réflexothérapie, il masse, presse les sacro-iliaques et le sacrum, permettant ainsi de diminuer la douleur.
- Le mouvement de nutation par la rotation interne du fémur supérieur permet une ouverture du détroit inférieur maximale.
- Les iliaques, asymétriques favorisent l'asynclitisme.

- Le sacrum est libre.
- Selon C Racinet, dans son étude sur les positions d'accouchement [6]: « Le décubitus latéral peut représenter un outil facilement mis en œuvre de prévention ou de traitement de la dystocie mineure »

Inconvénients :

- Il s'agit d'une position peu confortable pour le personnel obstétrical car :
 - o La pratique de l'épisiotomie est difficile car les repères sont modifiés.
 - o L'extraction instrumentale nécessite un changement de position, soit une réinstallation de la patiente sur le dos.
 - o Si une dystocie des épaules se présente, les manœuvres à réaliser d'urgence ne sont pas possibles dans cette position, il faut également réinstaller la patiente en décubitus dorsal.



Figure 3 (photo de Mélodie Hammel, sage-femme)

2. Influence des positions maternelles sur la mécanique obstétricale

2.1 La nutation et la contre nutation

La nutation sacrée, telle qu'elle est décrite dans *Mécanique et techniques obstétricales* est définie par la bascule en avant et en bas du sacrum autour d'un axe transversal passant par le ligament axile. Ainsi, le promontoire se déplace vers l'avant et le bas, le coccyx, quant à lui se déplace vers l'arrière. Cela induit une diminution du diamètre Promonto-retro-pubien et une augmentation du diamètre sous sacro sous pubien. En haut, les ailes iliaques se rapprochent légèrement, les surfaces articulaires s'écartent dans leur partie inférieure et en conséquence éloignent les tubérosités ischiatiques. La nutation sacrée est un mouvement intéressant pendant l'expulsion, dans la phase de dégagement, car elle agrandit le détroit inférieur. [18,8]. L'appui du bassin maternel sur la partie basse du sacrum peut empêcher ce mouvement. Il faut donc veiller à ce que le coccyx et la moitié basse du sacrum soit libre.

Lors de la *contre nutation*, le promontoire se déplace en arrière et en haut, la pointe du sacrum avec le coccyx se déplace en avant. Les ischions se rapprochent et les ailes iliaques s'éloignent. Cette position permet l'augmentation du diamètre promonto-retro-pubien et une diminution du diamètre sacro pubien et bi ischiatique. Ce mouvement agrandit le détroit supérieur et favorise l'engagement [8, 22, 23].

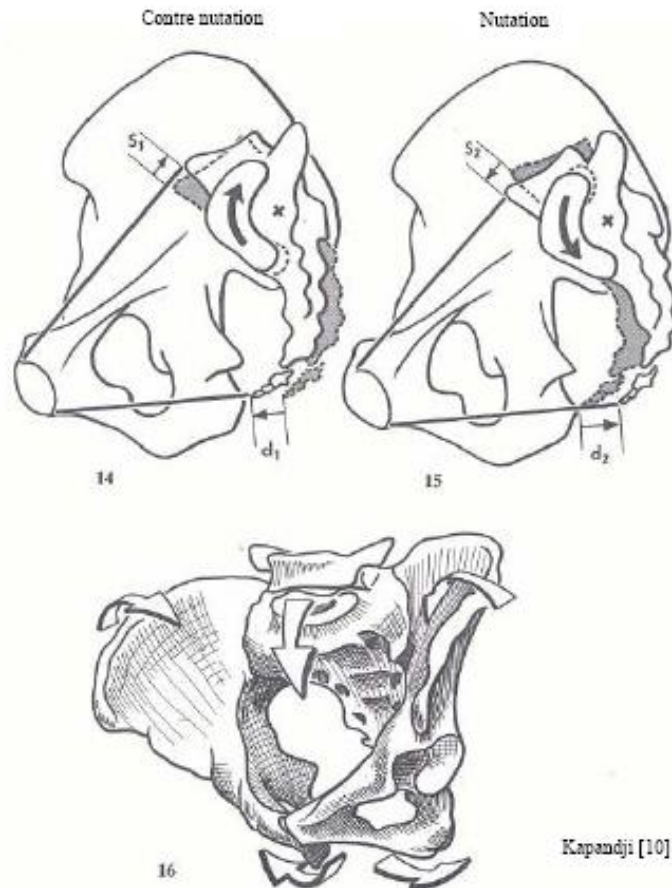


Figure 4 : 14 Contre nutation ; 15-16 Nutation (*De Kapandji*)

2.2 Influence des positions sur les dimensions du bassin

En position gynécologique, ou genoux dans les mains, cuisses écartées, la présentation est dirigée vers l'avant, la courbure sacrée augmentée, le périnée postérieur se ferme, cela empêche la nutation en bloquant l'articulation sacro-iliaque, le muscle pubo-rectal et le coccyx.

Une position gynécologique aménagée : « la position chasse neige », est une position qui a été décrite par le Docteur De Gasquet. Le fémur supérieur est en rotation interne. Ce mouvement de rotation interne écarte les épines sciatiques et les ischions. Par ailleurs, le coccyx est libre, la présentation peut aller vers l'arrière [23]. Elle a démontré par le biais d'une étude que la rotation des fémurs entraîne des

variations non négligeables des dimensions du bassin. Pour ce faire, elle a utilisé la radiopelvimétrie et le scanner sur elle-même. Cette étude a été validée en 2001 grâce au scanner et à l'IRM.

Le passage de la rotation externe à la rotation interne des fémurs montre :

- Au scanner, une augmentation du diamètre bi-épineux de 6,5 mm en moyenne (entre 1 et 21 mm selon les femmes) et un agrandissement du bi-ischiatique de 3 à 9 mm (4,2 en moyenne).
- A l'IRM, une augmentation du bi-épineux de 5,6 mm, avec un maximum de 9 mm.

Ces dimensions présentent des diamètres plus confortables pour la descente et l'expulsion du fœtus.

Dans la littérature, l'influence du décubitus latéral sur les dimensions du bassin n'a pas été retrouvé.

2.3 Description de l'accouchement en décubitus dorsal

L'engagement est décrit dans *Mécaniques et techniques obstétricales* [8].

« C'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Pour la présentation céphalique, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales (bipariétal). »

« L'essentiel est la concordance entre l'axe de la poussée utérine et l'axe de franchissement du détroit supérieur. »

L'accommodation de la tête fœtale au détroit supérieur se fait dans le même temps, grâce à la flexion, et à l'orientation en oblique.

Le dégagement et l'expulsion au détroit inférieur sont décrits dans *Pratique de*

l'accouchement [4].

« La présentation bien fléchie et orientée selon l'axe antéro-postérieur (pubo-coccygien) du détroit inférieur, franchit le plan du détroit inférieur. L'expulsion proprement dite commence et comporte plusieurs étapes :

- L'ampliation périnéale

Sous la poussée des contractions utérines et des efforts expulsifs, la présentation refoule le coccyx vers l'arrière et les fibres musculo-aponévrotiques périnéales. La fourchette vulvaire est repoussée en haut et en avant, l'orifice vulvaire tend à devenir horizontal. La mise en tension du faisceau interne du releveur de l'anus ouvre l'orifice anal.

- Le dégagement de la tête

Grâce à la flexion de la tête, la région sous occipitale de celle-ci se cale sous la symphyse pubienne ; la tête se défléchit ensuite progressivement autour du pivot formé par le bord inférieur de la symphyse pubienne, ampliant au maximum le périnée postérieur, décrivant ainsi une courbe. Son axe d'expulsion devient presque vertical. Les différentes parties de la tête se dégagent successivement de l'occiput à la face en dernier lieu.

- L'expulsion du corps fœtal

Les autres parties suivent les mêmes temps, s'engageant à leur tour, descendant et tournant dans l'excavation avant de se dégager. »

2.4 Description de l'accouchement en décubitus latéral

Lors de l'accouchement, la sage-femme est généralement située du côté de la face ventrale de la parturiente, ce qui favorise la communication ainsi qu'une meilleure ergonomie.

Y.MOREAU, dans son mémoire décrit l'accouchement en décubitus latéral [2] : « Le faisceau iliococcygien du muscle releveur de l'anus et le muscle obturateur interne

du côté en extension restent tendus, ainsi que le muscle psoas, ce qui donne un rail continu au fœtus. Du côté opposé, la mobilité et la détente des muscles controlatéraux vont permettre au fœtus de progresser de façon oblique, sans trouver la résistance qui oblige à la rotation. Par ailleurs, le diamètre biépineux s'agrandit (jusqu'à 2 cm observé sur des clichés d'IRM) et permet le passage en oblique des pariétaux. Le rôle de la rotation interne du fémur est important dans cette modification. Il n'y a donc aucune raison pour que le fœtus change sa trajectoire ou défléchisse sous la symphyse pour venir vers l'avant. Il reste dans l'axe ombilicococcygien et sort alors en oblique. Les épaules sortent souvent en même temps, dans l'axe oblique d'engagement, le plus grand axe. »

En d'autres termes, le fœtus sort sans qu'il y ait eu la déflexion, la rotation et la restitution. La tête et le tronc du bébé restent solidaires, diminuant ainsi le risque de dystocie des épaules. Le périnée maternel est peu amplié, ce qui est plus protecteur. [8].

Habituellement, la délivrance est effectuée en décubitus dorsal.

3. Conséquences obstétricales et néonatales de l'accouchement en décubitus dorsal et en décubitus latéral : les données de la littérature

Dans la littérature, nous retrouvons essentiellement des études sur les positions verticales comparées au décubitus dorsal. Peu de travaux ont été réalisés sur le décubitus latéral.

3.1 *Sur le rythme cardiaque durant les efforts expulsifs*

Peu d'auteurs ont étudié ce paramètre lors de la position d'accouchement en décubitus latéral. Les quelques études disponibles ne traitent pas précisément ce sujet.

La Cochrane Database, réalisée en 2004 [1], et l'essai clinique randomisé comparant « les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors

de la 2^{ème} phase du travail », par C Racinet et al [14,9], sont des études qui l'ont étudié. Les résultats relèvent une augmentation du taux de rythme cardiaque foetal normal lors des accouchements en décubitus latéral. Dans la Cochrane Dabatase, ce résultat est significatif, il ne l'est pas dans l'essai clinique randomisé.

Une étude faite à Nancy sur ces deux positions d'accouchement [16], décrit qu'il n'y a pas d'anomalies du rythme cardiaque foetal importantes dans les deux groupes (normal ou de type 1 dans la classification de melchior).

Les résultats obtenus semblent être en faveur de cette position. L'anatomie de la femme nous permet de comprendre ce phénomène. Lorsque la femme est allongée sur le côté, le syndrome cave est probablement diminué.

3.2 *Sur l'état néonatal*

Une étude faite à Nancy en 2006 comparant les deux positions d'accouchement [16] et l'essai randomisé de C Racinet et al [14], montrent que l'adaptation cardio respiratoire est similaire dans les deux groupes. La moyenne du pH artériel au cordon est de 7,27. L'étude n'a pas relevée de pH inférieur à 7. Le pH veineux n'est pas évoqué. Les résultats ne montrent pas de différence significative du taux d'Apgar dans les deux groupes.

3.3 *Sur la durée des efforts expulsifs*

Dans les essais de la Cochrane Dabatase de 2009 [7], toutes parités confondues, la durée des efforts expulsifs était réduite de 4,28 minutes pour les positions verticales et le décubitus latéral (IC 95%, 2.93 à 5.63 minutes) par rapport au décubitus dorsal. Neuf essais ont montrés des résultats significatifs et quatre essais ont obtenus des résultats non significatifs.

L'étude faite à Nancy retrouve des résultats similaires. [16]

Tableau 1

	DECUBITUS DORSAL	DECUBITUS LATERAL
PRIMIPARE	11 min	14 min
MULTIPARE	6 min	8 min

3.4 Sur l'état périnéal

Dans la littérature, nous avons recueillis une méta analyse, un essai clinique randomisé et quatre études sur ce sujet. Les résultats mettent en évidence que le décubitus latéral est protecteur du périnée.

La Cochrane Database, dans sa revue de la littérature [7] (méta analyse de 20 essais : 6135 accouchements sans APD) montre une diminution du recours à l'épisiotomie dans le cas du décubitus latéral avec un OR à 0,83 (IC : 95% ; 0,75-0,92) et une augmentation des déchirures du second degré pour le décubitus dorsal avec un OR à 1,23 (IC : 95% ; 1,09-1,39). Cependant, 20 essais ont une qualité méthodologique variable, et les accouchements en décubitus latéral ont été regroupés avec les positions verticales.

L'essai clinique randomisé réalisé par C Racinet et al [9,14], montre que toutes parités confondues, le taux de périnée intact est amélioré de 12,6% en décubitus latéral par rapport au décubitus dorsal. Ce résultat concerne davantage les multipares.

Shorten et Donsante [19], dans leur analyse rétrospective de 2891 accouchements en diverses positions (1619 cas en décubitus dorsal et 353 en décubitus latéral) concluent également à une diminution du risque de déchirures et une augmentation du taux de périnée intact pour les multipares lorsqu'elles accouchent en décubitus latéral.

Y. Moreau [2] a comparé les nullipares dans les deux positions. Les résultats

montrent plus de périnée intact, éraillures et déchirures du 1^{er} degré en décubitus latéral et plus d'épisiotomies (48% contre 14% en décubitus latéral) en décubitus dorsal. Il n'a pas obtenu de différences significatives concernant les déchirures du 2nd, 3^{ème} et 4^{ème} degré malgré la présence d'un périnée complet compliqué en position gynécologique.

L'étude menée à Nancy en 2006 [16], montre un taux plus important de périnée intact en décubitus latéral (DL : 50% PI, DD : 25% PI). Toutefois, si la différence est significative chez les primipares et deuxièmes pares ($p < 0,001$), elle ne l'est pas chez les autres parturientes.

Soong et Barnes, ont mis en relation la position d'accouchement avec l'état périnéal [10]. Le tableau ci-dessous nous révèle les résultats.

Relation entre la position d'accouchement et le besoin de suturer le périnée

Tableau 2

<i>Facteur</i>	<i>Total</i>	<i>Sutures(</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI</i>	<i>p</i>
		<i>%)</i>			
Total	3,756	44,5			
Semi assise	2,476	45,7	1,16	1,01-1,33	0,05
Latérale	550	44,2	0,90	0,75-1,08	Ns
Allongée	50	36	0,70	0,39-1,25	Ns
Lithotomie	27	55,6	1,57	0,73-3,35	Ns
A genoux	54	46,3	1,08	0,63-1,85	Ns
Quatre	371	38,8	0,77	0,62-0,96	0,05
pattes					
Accroupie	47	48,9	1,20	0,67-2,13	Ns
Assise	28	46,4	1,08	0,51-2,28	Ns
Debout	153	45,1	1,03	1,74-1,42	Ns

Dans la position en lithotomie, le besoin de suturer est de 55,6% contre 44,2% pour le décubitus dorsal mais ces résultats ne sont pas significatifs. Ils ont mis en avant les facteurs de risques qui augmentent également le risque de traumatisme périnéal.

Les facteurs majeurs associés au besoin de suture périnéale.

Tableau 3

<i>Facteur</i>	<i>Total</i>	<i>Sutures(%)</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI</i>	<i>p</i>
Total	3,7 56	44,5			
Age mère<20ans	252	42,5	0,92	0,71-1,19	Ns
Age mère>35ans	479	46,6	1,10	0,91-1,33	Ns
Nullipares	1,4 72	60,1	2,88	2,51-3,29	0,05
Déclenchement W	956	46,3	1,11	0,95-1,28	Ns
APD	826	53,8	1,61	1,38-1,89	0,05
Variété postérieure	131	44,3	0,99	0,70-1,41	Ns
Déflexion de la tête	1,4 81	48,4	1,30	1,14-1,48	0,05
Poids Nné>3500g	1,8 61	46,6	1,19	1,05-1,35	0,05

En conclusion, la femme doit choisir la position d'accouchement dans laquelle elle se sent le mieux. Les facteurs de risque illustrés dans le tableau 2 montrent que la position d'accouchement n'est pas la seule à influencer l'état du périnée. L'âge, la parité, l'analgésie péridurale, la position du fœtus, son poids, et le mode d'entrée en travail sont aussi à prendre en compte.

Les études concluent que le décubitus latéral entraîne une diminution de la pratique de l'épisiotomie, un taux de périnée intact plus important, surtout chez les multipares.

Nous pouvons noter cependant quelques divergences puisque certains auteurs constatent plus de déchirures du second degré dans cette position, d'autres non.

Enfin, habituellement, les femmes qui accouchent en décubitus latéral sont celles qui ont le moins recours à l'analgésie péridurale. La douleur et les sensations de la femme favorisent les poussées intempestives souvent néfastes pour le périnée et pourtant, il existe moins de lésions périnéales dans cette position. Cela renforce l'idée que cette position est protectrice du périnée. [2]

3.5 *Sur le mode de délivrance et les pertes sanguines*

La Cochrane Database dans sa revue de la littérature de 2009 [7], montre que les positions verticales et le décubitus latéral sont plus à risque d'hémorragie de la délivrance (11 essais : RR 1.63, IC 95 % 1.29-2.05). Les résultats sont significatifs après l'exclusion de cinq essais, pour des raisons méthodologiques. Pour expliquer le taux d'hémorragie de la délivrance plus important, les auteurs mettent en avant une moins bonne rétraction utérine, mais cela reste à objectiver. Ils constatent également un taux de délivrance dirigée plus important pour le décubitus dorsal. Le mode de délivrance représente aussi un facteur influençable.

Dans l'essai randomisé comparant le décubitus latéral avec le décubitus dorsal [14], les résultats frôlent la significativité : le taux de délivrance artificielle et de révision utérine double en décubitus latéral. Mais la délivrance dirigée est très peu pratiquée dans cette position. Les auteurs supposent que la position gêne de l'accès au cathéter veineux. Cela représente un biais dans l'interprétation des résultats. Ils constatent également une augmentation significative des pertes sanguines moyennes, avec une différence en défaveur du groupe décubitus latéral (263ml pour le groupe en décubitus dorsal, contre 374 ml pour le groupe en décubitus latéral). Ce résultat est d'autant plus valable que les pertes sanguines sont difficiles à recueillir en décubitus latéral et sont bien souvent majorées en décubitus dorsal par les poches de recueil qui peuvent recevoir également des urines et du liquide amniotique. Les hémorragies graves (plus de 1000ml) représentent 6,2% en décubitus latéral et seulement 1,15% en décubitus dorsal.

3.6 *Sur la satisfaction des patientes*

A Nancy [16], les sages-femmes et les obstétriciens se sont intéressés au ressenti des patientes accouchant sur le côté. Toutes les patientes ont été satisfaites de cette expérience. Il s'agit d'une position jugée antalgique pour les femmes sans analgésie péridurale. Celles qui ont aussi vécu l'accouchement en position gynécologique expliquent qu'elles ressentent une meilleure proximité avec le père lorsqu'elles sont sur le côté. Il est, dans cette position plus impliqué car il est situé face à sa conjointe. Lors de la poussée elle prend appui bras tendus sur son torse. Ce mouvement leur permet aussi de « s'étirer », et cela leur « fait du bien ». Par ailleurs, elles ont souvent eu le sentiment que leur intimité était plus préservée.

Deux études de Jonge, Teunissen et Lagro-Janssen faites aux Pays Bas portent sur le point de vue des femmes sur les positions maternelles [15,21]. Lors de la première étude, un questionnaire a été distribué aux patientes six semaines après l'accouchement concernant les positions durant la première phase du travail. Les femmes, majoritairement préfèrent une alternative au décubitus dorsal, elles gardent un meilleur « souvenir » en utilisant d'autres positions. Elles rapportent également la difficulté de s'allonger sur le dos lorsqu'elles ont mal. Les auteurs énoncent par ailleurs que ces résultats doivent être maniés avec précaution. En effet, lorsque la sage-femme est impliquée dans les positions d'accouchement, elle conseille, informe la patiente et influence son choix. Enfin, cette étude, par le biais des femmes, met en relief l'importance de l'information durant la grossesse pour une meilleure préparation à la naissance.

La deuxième étude [21], cette fois, étudie les différentes positions lors de la deuxième phase du travail. Elle compare la position en décubitus dorsal aux autres positions d'accouchement. Elle nous apprend également que les femmes préfèrent utiliser d'autres positions, par exemple à quatre pattes, ou encore sur le côté.

Deuxième partie

ETUDE

1. Matériel et méthodes

1.1 *Objectifs*

Pour tenter de répondre à notre problématique, l'étude réalisée avait pour objectifs de :

- Évaluer l'influence d'une position d'accouchement, le décubitus latéral versus décubitus dorsal en phase d'expulsion, en comparant les paramètres obstétricaux principaux.
- Comparer les résultats de la littérature aux résultats de mon étude.
- Etablir un lien avec l'exercice professionnel.
- Faire des propositions, et notamment définir les conditions de réalisation d'un accouchement en décubitus latéral (formation, origine de la demande, le matériel nécessaire).

1.2 *Hypothèses*

- En décubitus latéral, la durée des efforts expulsifs est diminuée pour les multipares et augmentée pour les primipares.
- On relève moins d'anomalies du rythme cardiaque fœtal durant les efforts expulsifs en décubitus latéral.
- Une meilleure adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine lorsque la femme accouche sur le côté, confirmée par un meilleur ph et un meilleur score d'Apgar.
- En décubitus latéral, le taux de déchirures périnéales du 1^{er} et du 2^{ème} degré est diminué.
- La pratique de l'épisiotomie est plus importante lorsque la patiente est installée en position gynécologique.

- On rencontre un nombre similaire d'hémorragies de la délivrance dans les deux positions.
- Le décubitus latéral n'expose pas la femme à plus de risques que la position gynécologique.

1.3 *Le type d'étude*

Nous avons effectué une étude quantitative cas-témoins rétrospective comparative. Les deux maternités choisies sont des maternités de type III : la maternité de Colombes où sera étudiée la population « cas » en décubitus latéral et la maternité de Port Royal où sera étudiée la population « témoin » en décubitus dorsal.

Secondairement, nous avons choisi d'effectuer une étude qualitative. L'objectif était d'en savoir davantage sur la formation des sages-femmes, l'origine de la demande de position (la sage-femme ou la patiente) et connaître les moyens requis pour réaliser un accouchement sur le côté dans les conditions idéales. Nous avons distribué trente questionnaires à des sages-femmes, vingt-quatre questionnaires ont été remplis.

1.4 *La population étudiée*

Pour l'étude quantitative, la population étudiée correspond aux femmes ayant accouché en décubitus latéral, à Colombes, sur la période du 18 avril 2006 au 21 décembre 2009. La population témoin, a accouché en décubitus dorsal à Port Royal. Elle a été sélectionnée avec les mêmes critères d'exclusion et d'inclusion. Nous avons sélectionné deux témoins pour un cas : les deux accouchements suivant chronologiquement la date du cas.

L'étude qualitative s'adresse aux sages-femmes de la maternité de Colombes qui pratiquent l'accouchement en décubitus latéral.

1.5 Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Dans le souci d'obtenir deux populations, les plus comparables possibles, nous avons dégagés des critères d'inclusion et d'exclusion. Ils permettent d'écarter les facteurs de risques pouvant biaiser notre étude.

Critères d'inclusion :

- De 20 à 36 ans
- A terme > 37 SA ; < 41 SA
- Avec ou sans analgésie péridurale
- Durée d'ouverture de l'œuf inférieure à 12 heures
- Liquide amniotique clair lors de la rupture et durant le travail
- Présentation céphalique
- Grossesse unique
- Utérus cicatriciel avec accord voie basse
- Travail spontané ou déclenchement
- Grossesse normale (les Menaces d'Accouchement Prématuroé ayant atteint le terme sont incluses).
- Mode d'accouchement :
 - Voie basse non instrumentale
 - Césarienne à dilatation complète après le début des efforts expulsifs

Critères d'exclusion :

- Anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail
- Accouchement d'un enfant mort in utero
- Grossesse multiple
- Pré maturité < 37 SA
- Post maturité > 41 SA
- Grossesse pathologique
- Voie basse instrumentale
- Césarienne avant travail ou avant les efforts expulsifs

1.6 Les items étudiés

Les items étudiés étaient :

- La date d'accouchement
- La parité
- Le terme
- Le mode d'entrée en travail
- Le mode d'accouchement
- L'anesthésie
- La couleur du liquide amniotique à la rupture
- Le rythme cardiaque fœtal à l'expulsion
- La durée des efforts expulsifs
- L'état du périnée (épisiotomie, périnée intact, déchirure)
- L'état néonatal (la trophicité, le score d'Apgar, le pH, le devenir du nouveau-né)
- Le mode de délivrance (+/- complication de la délivrance, +/- actes associés)

1.7 Les tests statistiques

Afin de comparer nos résultats, deux tests statistiques ont été utilisés :

- un test du chi-deux pour comparer les effectifs observés et les effectifs attendus,
- un test de Fisher lorsque le produit attendu est inférieur à trois ou l'observation est inférieure à cinq.

Nous avons choisi un seuil de $p < 0,05$ pour considérer qu'une différence entre les résultats des deux groupes était significative.

1.8 Les outils

Le logiciel DIAMM ainsi que les dossiers médicaux papier nous ont permis de recueillir les données nécessaires.

2. Résultats

2.1 Etude quantitative

2.1.1 La population étudiée

Le groupe étudié (accouchement en décubitus latéral), est constitué de 139 patientes, une patiente a été exclue car elle a eu des forceps. Cela explique les deux patientes en plus dans la population témoin. Le groupe témoin (accouchement en décubitus dorsal) en contient 280. Dans le but d'analyser nos résultats, il convient d'étudier les deux populations pour savoir si elles sont comparables. Les critères de comparaison sont les suivants :

- L'âge ;
- La parité ;
- Le terme ;
- La trophicité ;
- La couleur du liquide amniotique à la rupture.

L'âge

Tableau 4

COLOMBES(DL)	PORT ROYAL(DD)
n=139	n=280
29,68 ans +/- 3,85	31,41 ans +/-3,69

Les patientes incluses dans notre étude avaient entre 20 et 36 ans. L'objectif était d'écarter les facteurs de risque liés à l'âge. L'âge moyen à Colombes est de 30 ans, avec un écart type de 3,85. A Port Royal, l'âge moyen est de 31 ans, l'écart type est 3,69. La moyenne d'âge retrouvée dans chaque groupe correspond à la moyenne d'âge des populations générales des deux maternités.

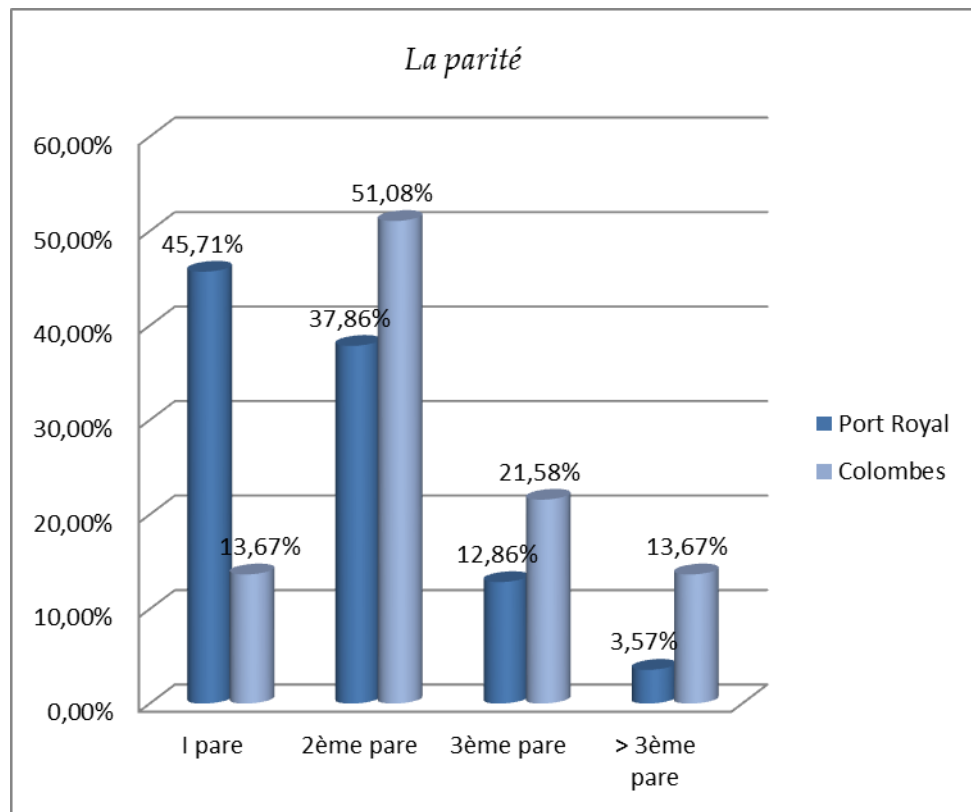


Figure 5

Dans notre étude, à Colombes, les multipares représentent 86,3% de la population. A Port Royal, on compte 54,29% de multipares. Il s'agit d'une différence significative (*Chi deux : 40. 48, p= 1.980e-10*). Afin de savoir si notre échantillon est représentatif de la population générale de Colombes et de Port Royal, nous avons fait des comparaisons. A colombes, sur la période de notre étude, on compte 40 % de primipares et 60% de multipares. A Port Royal, on compte 52 % de primipares et 48 % de multipares.

Le terme

Tableau 5

COLOMBES(DL)	PORT ROYAL(DD)
n=139	n=280
39SA+5 +/- 1j	39SA+5 +/- 1j

Nous avons pour critères d'exclusion les patientes accouchant avant 37 ou après 41 semaines d'aménorrhée, dans le but d'éliminer les facteurs de risques liés à la

prématurité ou à la post maturité. En moyenne, les femmes accouchent à 39 semaines d'aménorrhée et cinq jours dans les deux groupes.

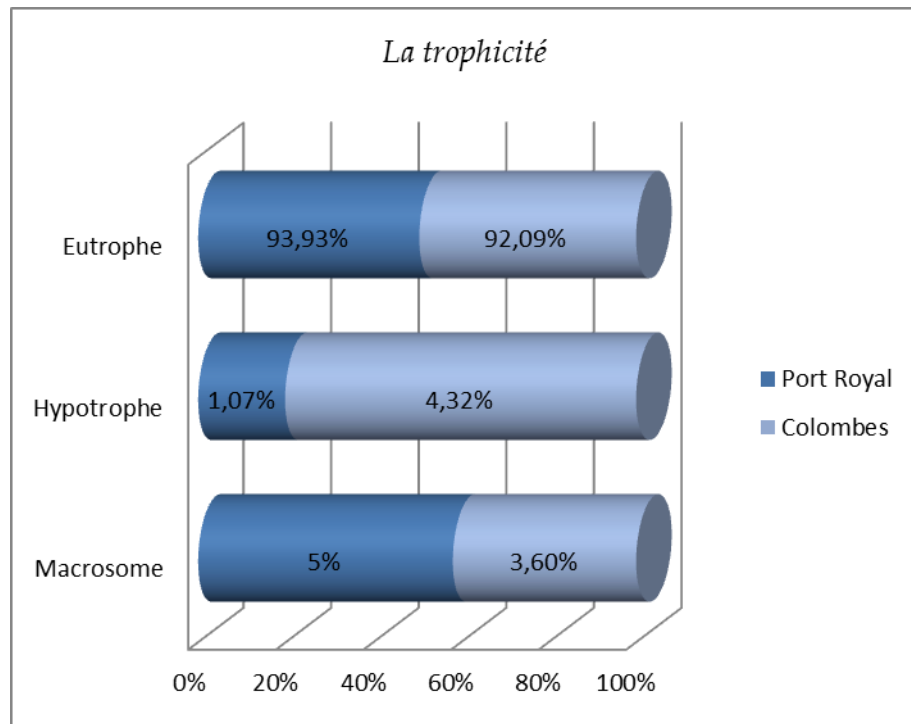


Figure 6

Les poids de naissance des deux populations sont comparables (*chi deux* : 0.25, *p* 0.6).

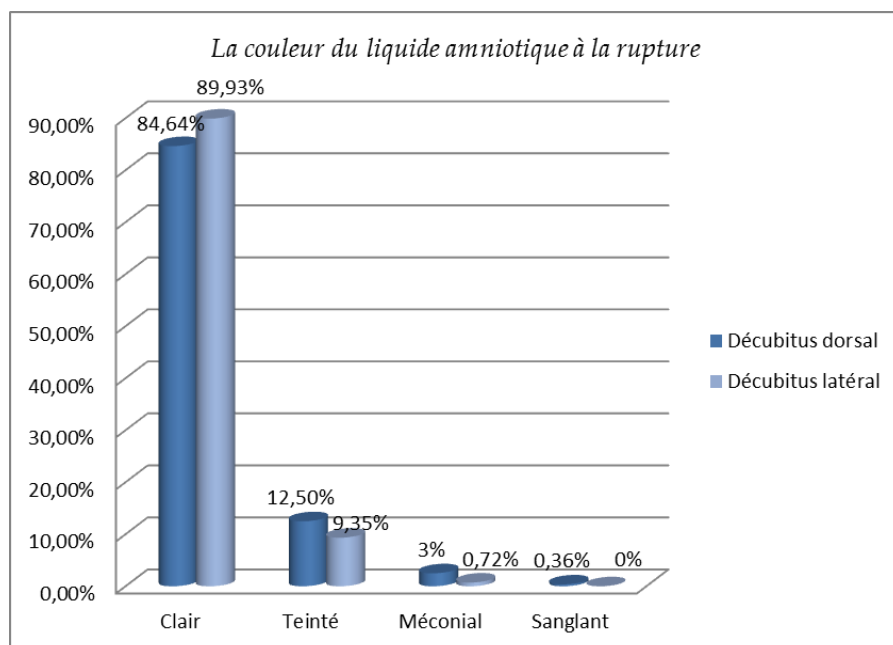


Figure 7

Les résultats statistiques ne montrent pas de différence entre les deux groupes (*chi deux* : 1.7, $p = 0.18$).

Les populations sont comparables sur l'âge, le terme, la trophicité et la couleur du liquide amniotique lors de la rupture. Elles ne sont pas comparables sur la parité, ce qui représente un biais important.

2.1.2 Le rythme cardiaque fœtal durant les efforts expulsifs

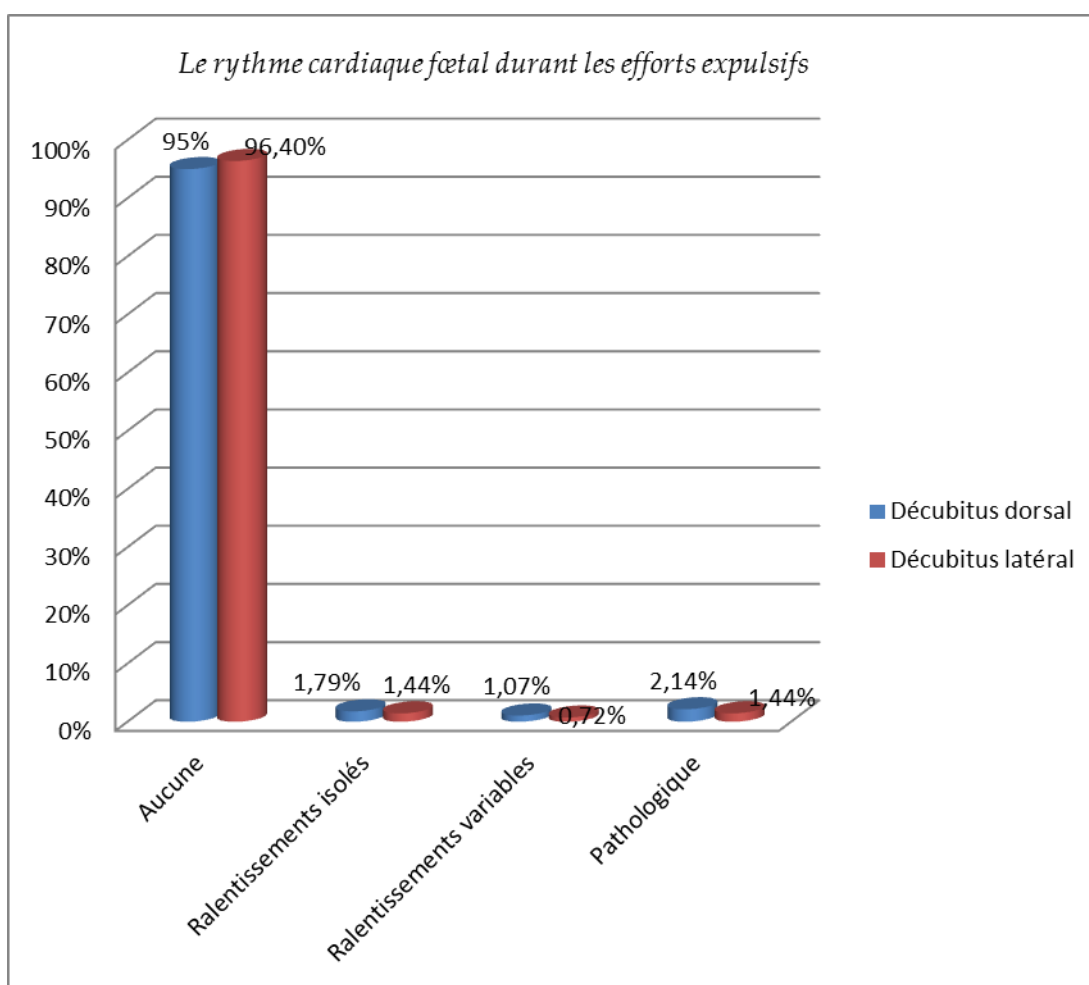


Figure 8

En décubitus dorsal, 95 % rythmes cardiaques fœtaux sont normaux, versus 96,40 % en décubitus latéral. Le rythme cardiaque fœtal n'est pas influencé par la

position d'accouchement (*Test de Fisher* $p = 0.6$, OR 1.40, IC 95 %).

2.1.3 La durée des efforts expulsifs

La durée des efforts expulsifs est similaire dans les deux groupes : 13 minutes en moyenne avec un écart type de 10 minutes dans les deux positions, toutes parités confondues. Le tableau ci-dessous illustre nos résultats.

Tableau sur la durée des efforts expulsifs moyenne chez les primipares et multipares dans les deux positions

Tableau 6

	Décubitus dorsal	Décubitus latéral
Primipares	18 minutes +/- 9 minutes	25 minutes +/- 17 minutes
Multipares	10 minutes +/- 8 minutes	10 minutes +/- 8 minutes

Chez les primipares, la durée des efforts expulsifs est plus courte en décubitus dorsal. Nous n'obtenons pas de différence significative pour les multipares.

Le graphique ci-dessous est un exemple qui met en avant l'importance de l'écart type.

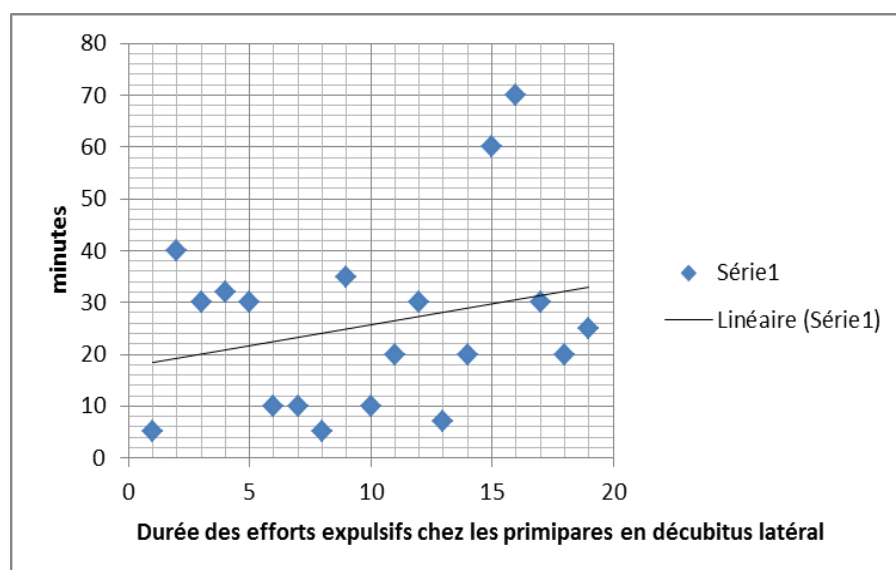


Figure 9

2.1.4 L'état néonatal

Dans le but d'évaluer l'influence d'une position d'accouchement sur l'état néonatal, nous avons étudié différents critères :

- o Le score d'Apgar à une et cinq minutes ;
- o Le taux de réanimation du nouveau-né ;
- o Le devenir du nouveau-né.

L'étude du pH n'a pu être faite car à la maternité de Colombes, seulement 8, 64% des pH ont été réalisés sur l'ensemble des accouchements. Les résultats seraient ininterprétables.

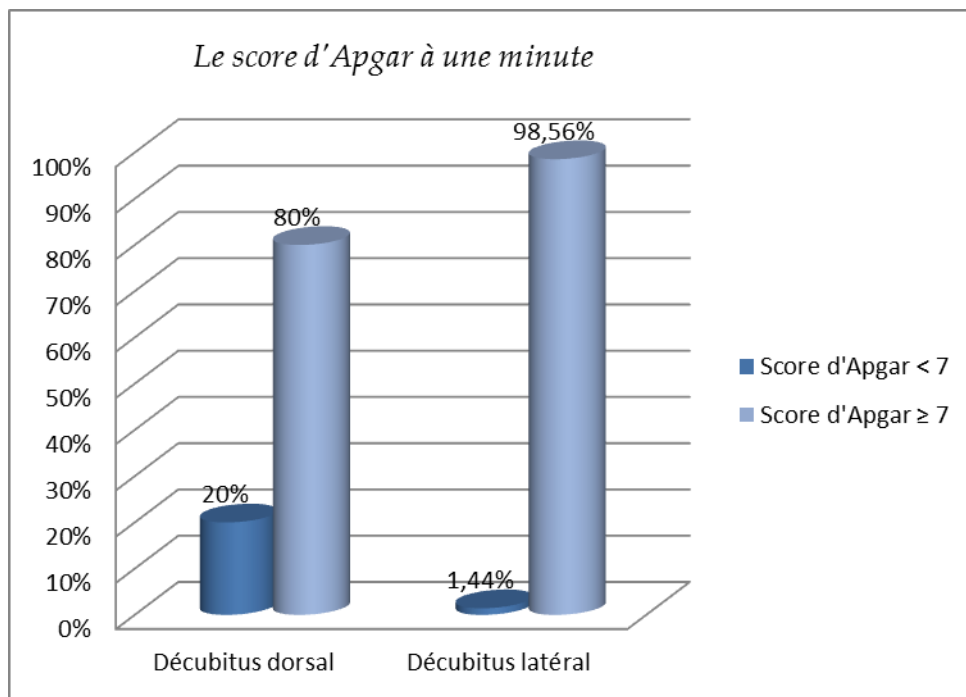


Figure 10

Aucune différence significative n'est retrouvée dans les deux groupes (*Test de Fisher* $p = 0.2$, IC 95 %, OR 0.35). Nous comptons onze scores d'Apgar (20 %) inférieur à 7, versus cinq (1,44 %) en décubitus dorsal.

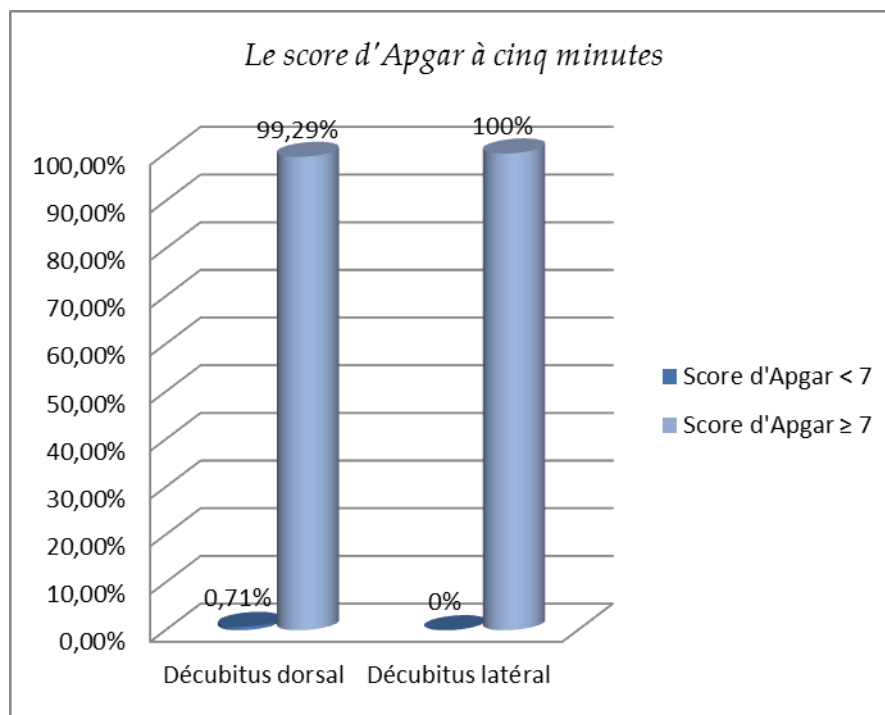


Figure 11

Nous ne trouvons pas de différence significative en ce qui concerne le taux de score d'Apgar à cinq minutes (*Test de Fisher, $p = 1$, OR 0, IC 95 %*).

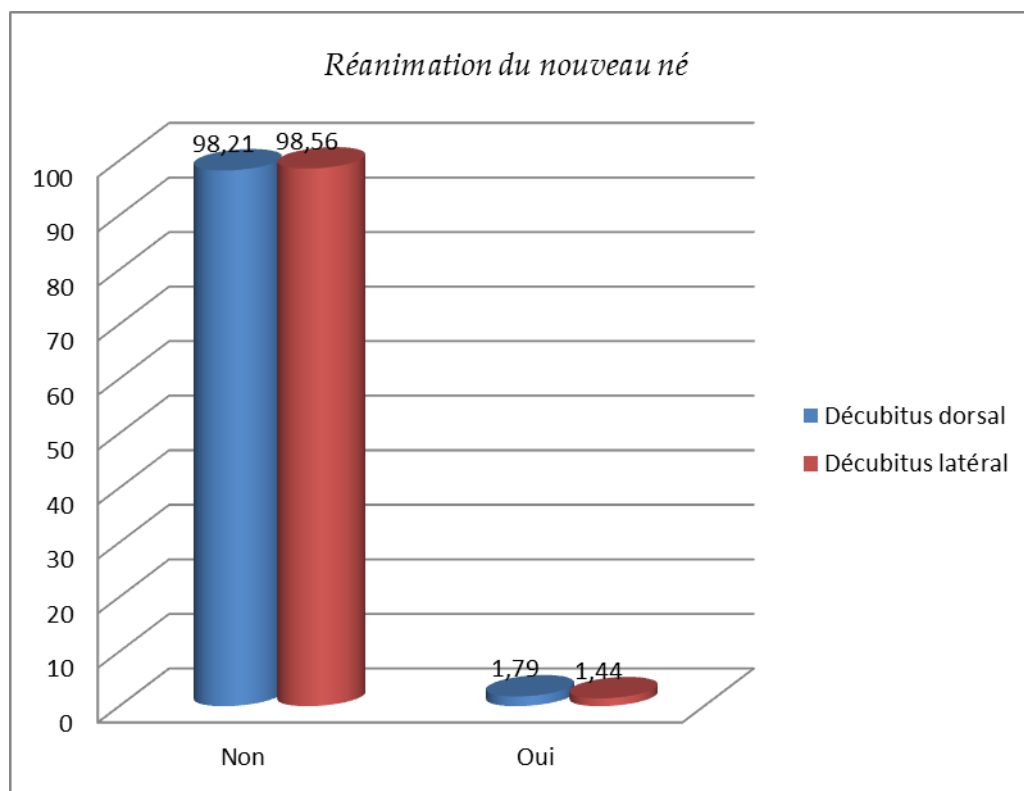


Figure 12

Le taux de réanimation du nouveau-né est équivalent dans les deux groupes (*Test de Fisher*, $p = 1$, *OR* 0.8, *IC* 95 %) avec deux réanimations (1.44 %) pour le décubitus latéral versus cinq réanimations (1.79 %) pour le décubitus dorsal.

Secondairement, nous avons évalué le taux de mutation en néonatalogie des enfants nés dans chaque groupe.

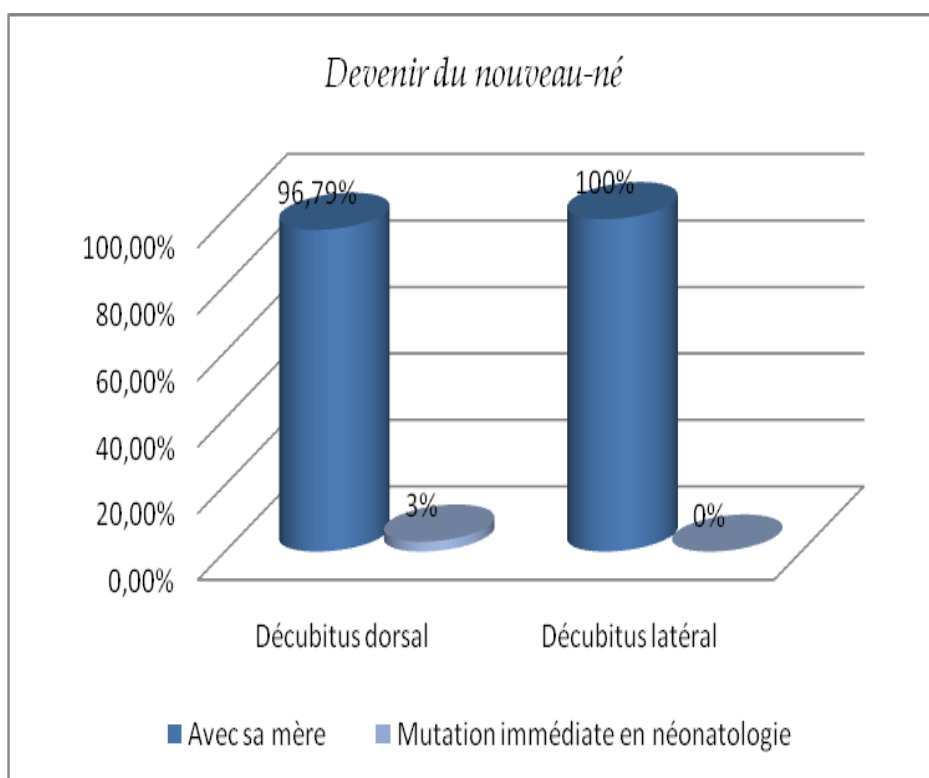


Figure 13

Nous ne retrouvons pas de différence significative dans les deux groupes (*Test de Fisher* $p = 0.07$, *OR* 0, *IC* 95 %). Pour le décubitus dorsal, neuf enfants (3.21 %) seront mutés immédiatement en néonatalogie versus aucun pour le décubitus latéral.

2.1.5 L'état périnéal

Pour connaître l'influence de la position d'accouchement sur l'état périnéal après

l'accouchement, nous avons comparé le taux de déchirures périnéales et leur degré de sévérité dans les deux groupes.

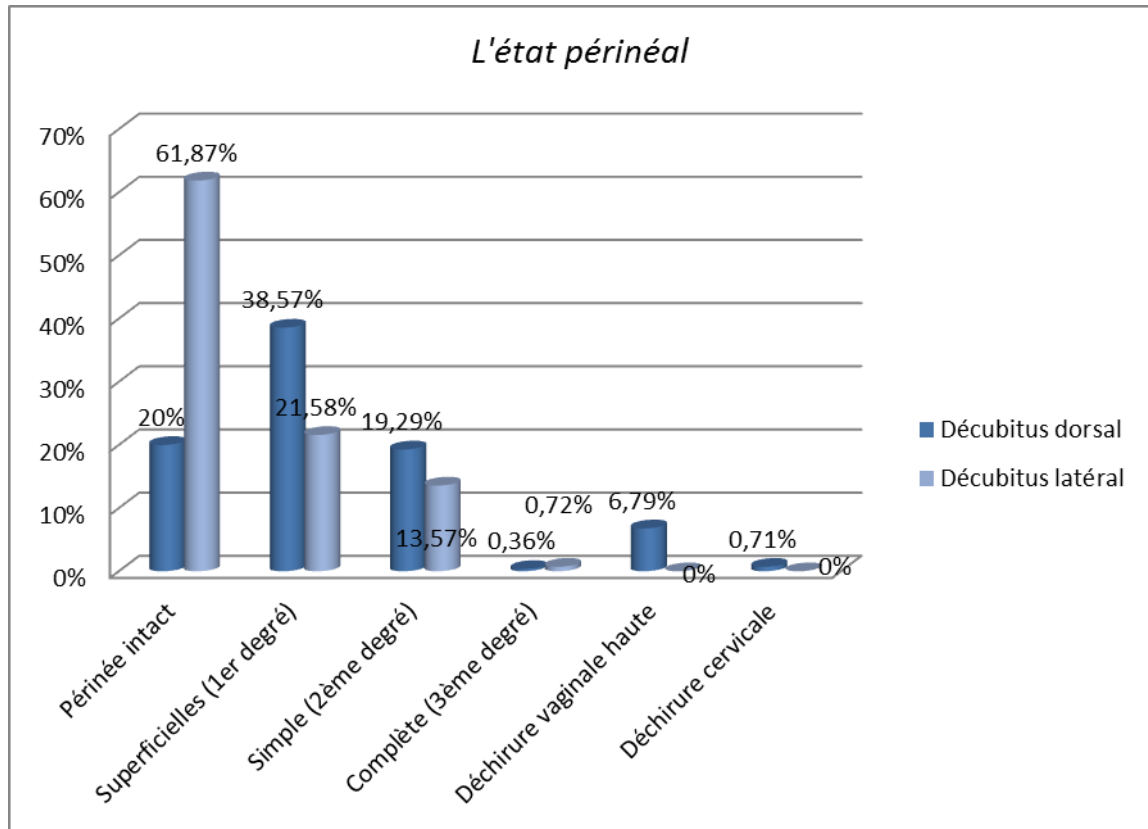


Figure 14

Les résultats révèlent une différence significative des taux d'atteintes du périnée. L'accouchement en décubitus latéral est associé à un taux de périnée intact de 61,87%. Le décubitus dorsal entraîne dans 80% des cas, des lésions du périnée (*chi deux* : 70.8, $p < 2.2e-16$). Dans chaque groupe, une déchirure complète est retrouvée.

Nous avons également étudié les taux d'épisiotomies dans les deux positions.

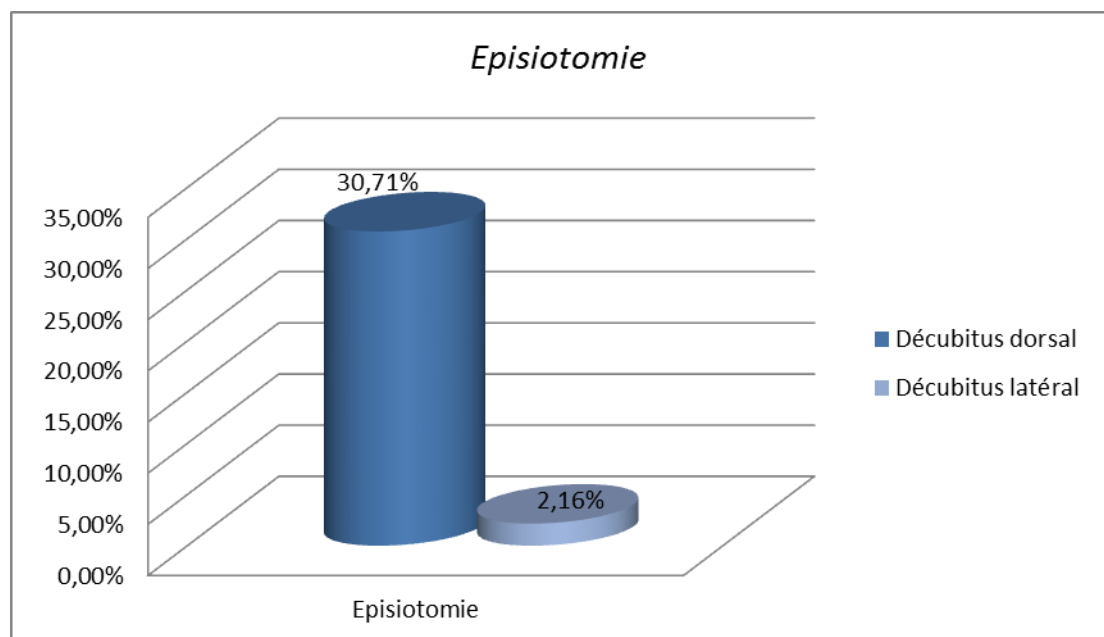


Figure 15

Toutes parités confondues, l'accouchement en décubitus latéral, dans notre étude est associé à un taux d'épisiotomies beaucoup plus faible qu'en décubitus dorsal. Les résultats statistiques sont significatifs (*Test de Fisher* $p = 4.843e-14$, OR 20, IC 95%).

Tableau du taux d'épisiotomie des primipares de l'étude

Tableau 7

Primipares en décubitus dorsal	Primipares en décubitus latéral
47.66 %	5.26 %

En analysant les taux d'épisiotomies de ces deux populations comparables, on note également une différence significative (*Test de Fisher* $p = 0.0002$, OR 0.06, IC 95 %).

2.1.6 Le mode de délivrance et les pertes sanguines

D'après l'OMS [17], l'hémorragie de la délivrance est une « hémorragie utérine survenant dans les 24 premières heures suivant la naissance et dont les pertes estimées dépassent 500 ml ». Dans notre étude, le taux d'hémorragie de la délivrance est défini par un niveau de pertes sanguines supérieur à 500 ml dans les deux heures qui suivent l'accouchement.

Nous avons ensuite étudié le mode de délivrance dans les deux groupes.

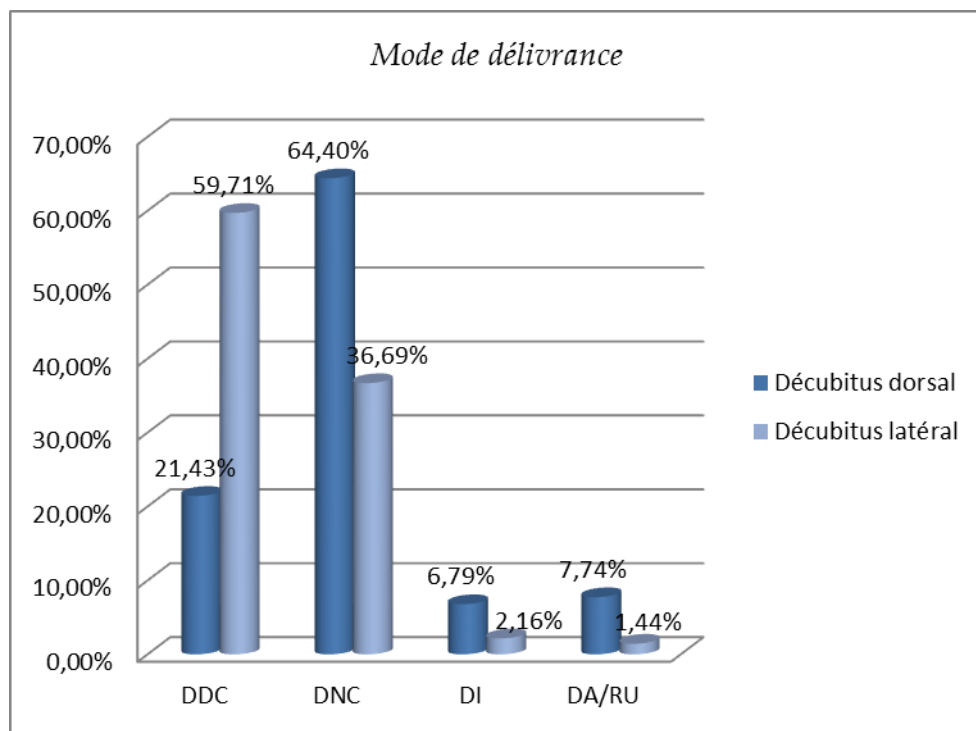


Figure 16

La délivrance dirigée complète représente 21,43 % en décubitus dorsal versus 59,71 % en décubitus latéral. A l'inverse, le taux de la délivrance naturelle complète en décubitus dorsal est de 64,40 % versus 36,69% en décubitus latéral. Les délivrances incomplètes sont plus importantes en décubitus dorsal, ce résultat est significatif (*chi deux* : 9.47, $p = 0,002$).

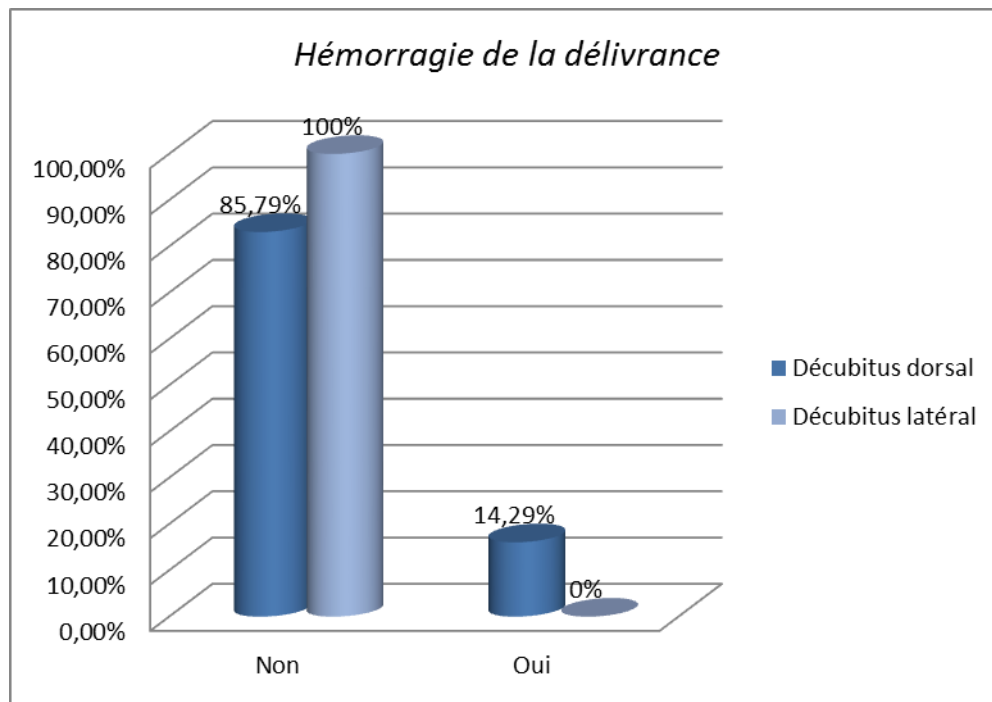


Figure 17

Dans notre étude, l'accouchement en décubitus latéral est associé à un taux d'hémorragie de la délivrance inférieur à celui observé en décubitus dorsal (*Test de Fisher* $p = 5.086e-08$, *OR* 0, *IC* 95 %). Le taux d'hémorragie de la délivrance en décubitus dorsal est de 14,29 %, soit 40 patientes sur 280. Aucune n'a été retrouvée pour les accouchements en décubitus latéral.

2.2 Etude qualitative

2.2.1 La formation des sages-femmes

La formation des sages-femmes sur les positions d'accouchement n'est pas uniforme en France. Nous avons voulu savoir, si elles pensent avoir été bien formées pour réaliser un accouchement sur le côté. Les questionnaires distribués à Colombes, aux sages-femmes exerçant cette pratique nous apportent les résultats suivants :

Sur les vingt-quatre sages-femmes, dix-sept disent avoir bénéficié d'une formation adaptée. Quatorze sages-femmes l'ont eu durant leurs études et se sont perfectionnées avec la pratique professionnelle. Seulement trois l'ont pratiqué une fois sage-femme sans avoir reçu de formation préalable. Quinze sages-femmes ont

bénéficié de rappels divers et fréquents tels que :

- une formation interne au service faite par un professionnel expérimenté
- la participation à des ateliers sur les positions d'accouchement
- des lectures
- des échanges professionnels
- des stages

Six sages-femmes désirent avoir des rappels complémentaires

2.2.2 L'origine de la demande

La demande d'accoucher sur le côté peut être faite par la patiente ou la sage-femme.

Les questionnaires recueillis nous apprennent que :

- Une sage-femme fait l'accouchement sur le côté uniquement lorsqu'il s'agit d'une demande de la patiente.
- Sept sages-femmes notent que la démarche n'est jamais faite par la patiente.
- Pour seize sages-femmes, l'origine de la demande se fait à double sens : par la sage-femme et la patiente.

La demande versant sage-femme, n'est pas toujours faite de la même façon :

- Certaines font la proposition systématiquement à toutes les patientes.
- D'autres la font systématiquement aux multipares et parfois aux primipares, en fonction du contexte.
- D'autres sages-femmes proposent parfois cette position si la situation l'incite, certaines ne font jamais la proposition.

2.2.3 Le matériel nécessaire

Notre préoccupation était de savoir si les salles de naissance étaient équipées du matériel nécessaire pour réaliser un accouchement sur le côté dans des conditions idéales. Par le biais du questionnaire, nous avons appris que les sages-femmes ont tout le matériel à leur disposition. Elles n'ont pas de besoins supplémentaires.

Troisième partie

DISCUSSION

1. Discussion

1.1 Forces et faiblesses de l'étude

Les forces :

Le nombre de cas étudiés dans nos deux groupes de patientes, représente la force de cette étude, nous comptons 419 patientes.

Les deux groupes ont été sélectionnées dans une maternité de type 3. Les patientes sélectionnées dans les deux groupes ne présentent pas de facteurs de risque particulier.

Les faiblesses :

Il s'agit d'une étude rétrospective. Il aurait été intéressant de connaître la position maternelle au début des efforts expulsifs de manière à connaître l'impact de la position d'accouchement sur la descente de la présentation. L'extraction instrumentale est effectuée uniquement en décubitus dorsal. Dans notre étude, l'abandon de la position latéral pour une extraction instrumentale n'a pu être établi. La réduction du taux d'extractions instrumentales est une préoccupation commune aux obstétriciens et aux sages-femmes. La position d'expulsion pourrait être une solution facile à mettre en place, il serait utile de l'étudier. Cela représente un biais majeur ne nous permettant pas de conclure sur ce point. Une étude prospective n'ayant pas pu être mise en œuvre, nous nous sommes tournés vers une étude rétrospective.

La répartition des populations n'est pas homogène. Dans notre étude, il existe un déséquilibre entre les primipares et les multipares (86, 3% de multipares en décubitus latéral contre 54, 29% en décubitus dorsal). Cela représente un biais

majeur. Le taux de multipares de la population générale de la maternité de Colombes est de 60 %. Elles sont en plus grand nombre comparé à la maternité de Port Royal, où on en compte 52 %. Notre échantillon de patientes accouchant en décubitus dorsal (86, 3 %) n'est pas représentatif de la population générale de Colombes.

La qualité de l'étude dépend en partie de la qualité du recueil de données effectué par les sages-femmes. Il est effectué dès la salle de naissance où les urgences et la charge importante de travail font partie du quotidien. Il est parfois fait rapidement. Toutes les données ne peuvent être vérifiées donc il peut y avoir un biais d'information. Par ailleurs, le codage ne permet pas de relever tous les éléments intéressant notre étude. Par exemple, l'évaluation des pertes sanguines n'est pas quantifiée à Port Royal. Dans le dossier, il est écrit pertes sanguines supérieures à la normale. Lors d'une hémorragie de la délivrance, les sages-femmes pour le codage ont le choix entre 500 ml ou 1 litre, c'est une évaluation très subjective.

Les pratiques professionnelles peuvent diverger d'un service à l'autre. Dans certaines maternités, la délivrance dirigée est effectuée lorsque la patiente présente des facteurs de risque. Dans d'autres endroits, elle est faite systématiquement. Aux dates de notre recueil de données, à Port Royal, la délivrance dirigée était effectuée en fonction des facteurs de risque, c'est pourquoi nous relevons un taux de délivrance naturelle complète de 64,40 % versus 36,69 % à la maternité de Colombes. Cela représente un biais pour l'analyse des taux d'hémorragie de la délivrance. La pratique de l'épisiotomie, avec une même position d'accouchement, dépend également des pratiques professionnelles, de l'apprentissage dont a bénéficié la sage-femme ainsi que la politique du service. Ce sont des biais que nous ne pouvons éviter.

1.2 *Analyse des résultats*

1.2.1 Sur la durée des efforts expulsifs

Hypothèse : En décubitus latéral, la durée des efforts expulsifs est diminuée pour les multipares et augmentée pour les primipares.

La durée des efforts expulsifs moyenne, toutes parités confondues est similaire dans les deux groupes. Elle est de 13 minutes (± 10 minutes). Ce résultat est difficile à interpréter car les multipares sont en plus grand nombre dans le groupe en décubitus latéral. Cela représente un biais majeur dans notre étude. La parité influe sur la durée des efforts expulsifs puisque pour une primipare, le bassin et le périnée sont à l'épreuve pour la première fois. La descente est souvent plus longue. Par ailleurs, lors d'un premier accouchement, la femme apprend à pousser, elle a des sensations qu'elle n'a jamais eu auparavant, une femme primipare a besoin d'un temps d'adaptation.

La première partie de notre hypothèse est infirmée : la durée des efforts expulsifs est similaire pour les multipares dans les deux positions, soit 10 minutes (± 8 minutes). La deuxième partie de notre hypothèse est confirmée : en décubitus latéral, la durée des efforts expulsifs est augmentée pour les primipares. La durée moyenne d'efforts expulsifs pour une primipare accouchant sur le côté est de 25 minutes (± 17 minutes) versus 18 minutes (± 9 minutes) en décubitus dorsal.

La durée des efforts expulsifs est très subjective. Pour l'analyser, il convient d'analyser tous les facteurs pouvant l'influencer :

- L'installation de la patiente pour les efforts expulsifs est décidée par le praticien (la sage-femme ou l'obstétricien). C'est lui qui apprécie la hauteur de la présentation. Il apprécie aussi, en faisant un essai de poussée avec la patiente, l'efficacité de la poussée. Il existe alors une grande variabilité inter-opérateur. Les efforts expulsifs, ne sont donc pas toujours commencés au même moment. Il aurait été intéressant de connaître la hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs.
- La poussée bloquée et la poussée en expirant ont une efficacité différente pour chaque patiente. Ce critère n'est pas relevé dans les dossiers.
- L'analgésie péridurale influe sur la durée des efforts expulsifs. Elle diminue le réflexe de poussée. Dans notre étude, la durée moyenne d'une femme accouchant en décubitus dorsal sans analgésie péridurale est de 7 minutes, soit 6

minutes de moins sur la moyenne globale. Pourtant, le taux d'analgésie est plus important en décubitus dorsal (93,57 % versus 43,17 % en DL), dans le groupe où la durée des efforts expulsifs est plus courte chez les primipares. Elle n'apparaît pas ici comme un facteur d'influence.

- L'augmentation de la durée des efforts expulsifs peut être expliquée par le fait qu'en décubitus latéral délordosé, le transverse superficiel du périnée est très étiré, et entraîne un fort réflexe expulsif. Dans l'étude (comparant ces deux positions d'accouchement) menée à la maternité de Nancy, les sages-femmes expliquent que ce fort réflexe expulsif les pousse à s'installer plus tôt pour les efforts expulsifs [16].
- Le ressenti de la femme agit sur la durée des efforts expulsifs. Lorsque la patiente est fatiguée, ou qu'elle est découragée, sa poussée est moins efficace. Par ailleurs, chaque femme a une position d'accouchement qui lui convient le mieux pour pousser. L'efficacité de la poussée, influence directement la durée des efforts expulsifs. Certaines femmes sont plus à l'aise en décubitus dorsal, d'autres en décubitus latéral, ou en position verticale. Ces notions ne sont pas accessibles dans les dossiers et les patientes. A Port Royal, les femmes ne peuvent pas choisir la position dans laquelle elles désirent accoucher.

D'après le CNGOF [24], « Les études faites sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs. Elles permettent cependant de dire qu'il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise (30 minutes chez la primipare) pour cette phase. L'existence d'anomalies du RCF, en fonction de leur gravité, devrait aboutir à une naissance assistée plus rapide (accord professionnel). Dans ces situations et en fonction de l'éloignement de l'obstétricien, l'appel à un médecin doit être anticipé pour ne pas prolonger exagérément la durée de l'expulsion (accord professionnel) ».

En moyenne, dans notre étude, la durée des efforts expulsifs n'est pas supérieure à

30 minutes. Cependant, les écarts types sont importants. En décubitus latéral, nous avons retrouvé un accouchement dont la durée des efforts expulsifs était de 70 minutes chez une primipare. En décubitus dorsal, aucun accouchement ne dure plus de 40 minutes. Ici encore, nous pouvons relever les différentes pratiques d'une maternité à l'autre. L'extraction instrumentale n'est pas toujours envisagée au même moment, qu'il y ait des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou non.

1.2.2 Sur le bien être fœtal et néonatal

Hypothèse : On relève moins d'anomalies du rythme cardiaque fœtal durant les efforts expulsifs

Dans la littérature, ce paramètre a été peu étudié. Certains auteurs ont relevé un meilleur rythme cardiaque fœtal en décubitus latéral avec des résultats significatifs, d'autres n'ont pas constatés de différence.

La veine cave inférieure en décubitus dorsal peut être comprimée par la masse utérine, entraînant une baisse du retour veineux au cœur droit, une hypotension artérielle, une hypoxie et une bradycardie fœtale. Ce phénomène mécanique nous a amené à l'hypothèse qu'on relèverait moins d'anomalies du RCF en décubitus latéral. Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée dans les deux groupes de notre étude (*Test de Fisher* $p = 0.6$, *OR* 1.40, *IC* 95 %). Cette hypothèse est donc infirmée.

Il s'agit d'une population à bas risques. Le nombre de cas et de témoins est insuffisant pour relever des différences significatives.

L'analyse du RCF durant les efforts expulsifs est difficile. La seule classification spécifique de la phase d'expulsion est celle de Melchior, qui répartit les tracés en cinq types (de 0 à 4). De plus, durant l'expulsion, les enregistrements recueillis par capteur externe entraînent des pertes de signal induisant une interprétation délicate.

En phase d'expulsion, les tracés sans anomalies représentent moins de 25 % des

cas [24]. Dans notre étude, 95 % des RCF sont codés « normaux » en décubitus dorsal versus 96,40 % en décubitus latéral. C'est sûrement pourquoi le codage est sûrement influencé par l'état néonatal.

L'analyse du rythme cardiaque fœtal est difficile à interpréter. Cependant, tous les professionnels sont face à cette difficulté. Le recueil de données utilisé est similaire dans les deux maternités. Il ne représente donc pas un biais important dans l'analyse des résultats de notre étude.

Hypothèse : Une meilleure adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine confirmée par un meilleur pH et un meilleur score d'Apgar.

Peu d'études ont été faites sur ce sujet. Les résultats retrouvés ne montrent pas de différence dans l'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine.

A Colombes, en décubitus dorsal, le pH est très peu pratiqué. Seulement 8,64 % des pH ont été réalisés dans ce groupe. La comparaison des pH dans les deux populations n'a pas d'intérêt car les résultats seraient ininterprétables.

Le score d'Apgar est quoté à la naissance à une, cinq et dix minutes de vie par la sage-femme, l'obstétricien ou le pédiatre. Il existe une variabilité inter opérateur. Lorsque le score d'Apgar à 5 et 10 minutes est bon, comme le dossier n'est pas rempli dans les minutes qui suivent la naissance, il est fréquent que le score d'Apgar quoté à une minute soit surévalué. Il est également important de quoter ce score à une minute et non pas à la naissance.

On retrouve dans les deux populations un taux comparable du score d'Apgar supérieurs ou égaux à 7 à une, et cinq minutes. Ils signent une bonne adaptation à la vie extra utérine.

Le taux de réanimation du nouveau-né est équivalent dans les deux groupes (*Test de Fisher, $p = 1$, IC 95 %*) avec deux réanimations (1.44 %) pour le décubitus latéral versus cinq réanimations (1.79 %) pour le décubitus dorsal.

En ce qui concerne le devenir du nouveau-né, nous ne retrouvons pas de différence significative dans les deux groupes (*Test de Fisher* $p = 0.07$ IC 95 %). Pour le décubitus dorsal, neuf enfants (3.21 %) seront mutés immédiatement en néonatalogie versus aucun pour le décubitus latéral.

1.2.3 Sur l'état du périnée

Hypothèse : En décubitus latéral, le taux de déchirures périnéales du 1^{er} et du 2^{ème} degré est diminué.

L'étude valide notre hypothèse. Le taux de déchirures périnéales du 1^{er} et du 2nd degré est diminué significativement en décubitus latéral. Dans cette position, le taux de périnée intact est de 61,87 % versus 20 % en décubitus dorsal. Le groupe témoin (en décubitus dorsal), est associé à un taux de déchirures du 1^{er} degré de 38,57 % versus 21,58 % en décubitus latéral et nous retrouvons 19,29 % déchirures du 2^{ème} degré en décubitus dorsal contre 13,57 % pour les femmes installées sur le côté.

En décubitus latéral, le périnée postérieur est moins sollicité par le poids de la tête fœtale grâce au phénomène de gravité. Les muscles du périnée sont étirés de façon asymétrique. Il est moins distendu, plus souple, et s'en trouve ainsi protégé.

D'autres critères que la position d'accouchement nous permettent d'expliquer ces différences :

- La population en décubitus latéral compte 86,3 % de multipares contre 54,29 % en décubitus dorsal. Cela représente un biais important dans l'analyse des résultats car les multipares ont un périnée plus souple, plus solide. Nous avons donc ciblé notre analyse sur les primipares. Les résultats montrent une différence significative (*Chi deux* : 18. 4, $p = 1.769e-05$). En décubitus latéral, 73, 68 % des femmes ont eu un périnée intact ou une déchirure superficielle versus 22, 66 % en décubitus dorsal.

- Le type de poussée utilisée joue également un rôle sur le périnée. Lors de la *poussée expiratrice*, le muscle transverse abdominal inférieur est mis en tension. Ce muscle, aussi appelé muscle expirateur, refoule le diaphragme vers le haut, permettant la suspension des viscères, plaque l'utérus en rétroversion contre le rachis et permet la détente du périnée. Lors de la *poussée bloquée*, la nuque est fléchie, le diaphragme est bloqué en position inspiratoire, on constate un diastasis des grands droits. Cela entraîne une antéversion de l'utérus et la poussée du bébé vers le périnée postérieur. La poussée sur l'expiration et la poussée bloquée sont proposées à Colombes. Cependant, cette information n'est pas notée dans les dossiers.

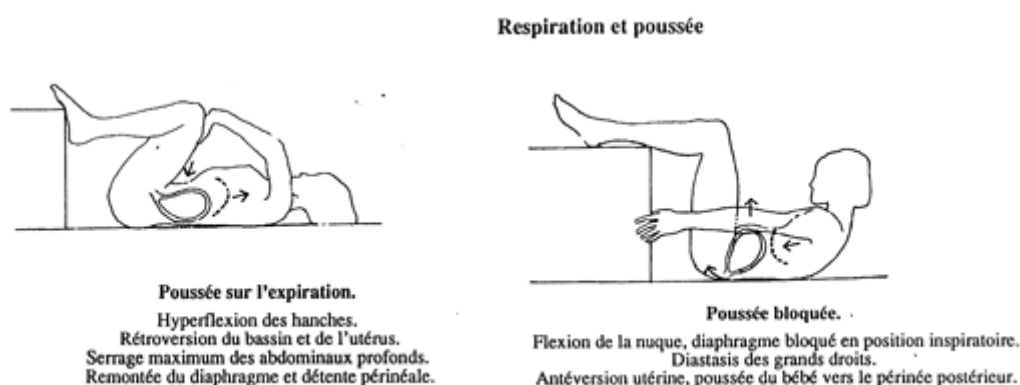


Figure 18 (Laurent Mandelbrot université paris 7)

- La présence ou non d'une analgésie (péridurale, rachianesthésie ou rachi péridurale combinée) influe également sur le taux de déchirures. Dans notre étude, le taux d'analgésie pour les accouchements en décubitus latéral est de 43,17 % versus 94,94 % pour le décubitus dorsal. Les femmes qui accouchent en décubitus latéral sont celles qui ont le moins recours à l'analgésie péridurale. La douleur et les sensations de la femme favorisent les poussées intempestives souvent néfastes pour le périnée et pourtant, il existe moins de lésions périnéales dans cette position. Cela renforce l'idée que cette position est protectrice du périnée.

Une déchirure du 3^{ème} degré est retrouvée dans chaque groupe, mais notre étude manque de puissance pour tirer des conclusions.

Les résultats de notre étude rejoignent les données de la littérature. La méta analyse, l'essai clinique randomisé et les quatre études sur ce sujet citées dans la première partie, mettent en évidence que le décubitus latéral est protecteur du périnée

Hypothèse : La pratique de l'épisiotomie est plus importante lorsque la patiente est installée en position gynécologique.

Notre étude valide cette hypothèse. Elle révèle des taux significativement différents avec 14 fois plus d'épisiotomies en décubitus dorsal (30,71 %) qu'en décubitus latéral (2,16 %). Comment pouvons-nous expliquer une telle différence ?

- Lorsque la patiente est installée sur le côté, les repères sont modifiés pour le praticien, la pratique de l'épisiotomie est moins maîtrisée, donc moins fréquente.
- La parité, comme pour l'analyse des déchirures périnéales est un biais majeur. Nous avons donc, pour l'analyse, séparé les primipares et les multipares. 32,28 % des femmes ayant eu une épisiotomie en décubitus dorsal sont des primipares, versus 5,26 % en décubitus latéral. Il s'agit d'une différence significative (*test de Fisher* $p = 0.009187$, *OR* 0.12, *IC* 95 %).
- La pratique professionnelle, l'apprentissage dont a bénéficié la sage-femme et la politique du service sur cette pratique influencent les résultats. D'un service à l'autre, d'une sage-femme à l'autre, les taux d'épisiotomie varient. A Port Royal, sur toute la population en 2006, le taux moyen d'épisiotomie s'élevait à 45,9 %. En 2009, il était de 22 %. Il diminue d'année en année. A Colombes, il est passé de 14,4 % en 2006 à 7,9 % en 2009.
- La poussée en expirant détend le périnée mais les types de poussées ne sont pas relevés dans les dossiers. Cette pratique a pu avoir une influence sur les résultats de notre étude (cf. page 54, paragraphe 2).

1.2.4 Sur le mode de délivrance et les pertes sanguines

Hypothèses : On rencontre un nombre similaire d'hémorragies de la délivrance dans les deux groupes.

Cette hypothèse n'est pas validée. Dans notre étude, en décubitus latéral, aucune hémorragie de la délivrance n'est retrouvée. Le décubitus dorsal révèle un taux d'hémorragie de la délivrance de 14,29 %, soit 40 sur 280. En France, le taux d'hémorragie de la délivrance est de 5 %. C'est la première cause de mortalité maternelle. Dans les pays développés, le risque de décès par hémorragie de la délivrance est de un pour 100 000 naissances [24].

Dans la littérature, les résultats ne reflètent pas les résultats de notre étude. La Cochrane Database et C Racinet et al dans leur essai randomisé, relèvent un taux de délivrance dirigée plus important en décubitus dorsal, un taux d'hémorragie de la délivrance plus important pour les positions verticales et le décubitus dorsal. Nous avons établi le profil des femmes ayant dans notre étude présenté une hémorragie de la délivrance :

- L'âge moyen est 31 ans.
- On relève 45 % de primipares, 45 % de deuxièmes pares, 6,67 % de troisième pares et 2,22 % de quatrièmes pares.
- Dans 97,5 % des cas, le fœtus est eutrophe.
- La délivrance dirigée complète représente 17,5 % des accouchements, la délivrance naturelle complète, 45 %, 7,5 % de délivrance incomplète et 30 % de délivrance artificielle.
- 92,5 % des femmes bénéficient d'une analgésie (péridurale ou rachianesthésie), 7,5 % n'en n'ont pas.
- 85 % des femmes sont entrées en travail spontanément, les autres patientes ont été déclenchées.
- En moyenne, la durée du travail est supérieure à trois heures et inférieure à douze heures.
- Un utérus cicatriciel est retrouvé.

Elles ne présentent pas de facteurs de risque notables. Nous avons comparé ce groupe de patientes à la population générale de la maternité de Port Royal sur trois items : l'âge, la parité, le taux d'hémorragie de la délivrance. L'objectif était de savoir s'il est représentatif de la population générale sur les années de notre étude (2006-2009). Ces deux populations sont comparables. L'âge moyen est de 32 ans, le taux de primipares est de 51, 7 %, et la moyenne du taux d'hémorragie de la délivrance sur ces quatre années est de 16, 05 %. Ce dernier résultat a peu d'intérêt car il représente la population globale des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance. Or, Port Royal est une maternité de type 3, comptant un grand nombre de patientes à haut risque d'HPP, ce qui peut expliquer des taux plus élevés d'hémorragie de la délivrance.

De nombreux éléments sont à étudier pour expliquer cette différence du taux d'hémorragie de la délivrance dans les deux groupes :

- La population de notre étude n'est pas comparable du fait de la différence de parité dans les deux groupes. A Colombes, les multipares représentent 86,3% de la population. A Port Royal, on compte 54,29% de multipares. Il s'agit d'une différence significative (*Chi deux : 40. 48, $p= 1.980e-10$*).
- La délivrance dirigée n'est pas faite dans les mêmes proportions dans les deux maternités. A Port Royal, maternité de la population témoin, la délivrance dirigée complète représente 21,43 % contre 59,71 % à Colombes en décubitus latéral. A l'inverse, le taux de la délivrance naturelle complète en décubitus dorsal est de 64,40 % versus 36, 69% en décubitus latéral. La différence de pratique dans le mode de délivrance représente un biais important dans notre étude.
- L'étude de dossiers a été faite sur les patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance dans notre étude. Or, il aurait été intéressant d'avoir certains éléments supplémentaires dans les deux groupes pour faire des comparaisons :
 - Le volume exact des pertes sanguines

- La durée du travail
- Les doses reçues d'ocytociques
- Un ATCD de l'HPP
- La présence de malformation utérine
- Une pathologie de l'hémostase
- La quantité de liquide amniotique
- L'insertion placentaire

Les biais concernant la parité et le mode de délivrance ne nous permettent pas de conclure sur ce point. Il nous manque également certains éléments de comparaison. Il faudrait une étude plus puissante avec des populations comparables pour approfondir cette question et trouver des réponses.

1.2.5 Sur la position d'accouchement

Hypothèse : Le décubitus latéral n'expose pas la femme à plus de risques que la position gynécologique.

La littérature ne nous permet pas d'affirmer cette hypothèse. Pour cause, les résultats n'ont pas montré de risques plus importants que dans la position gynécologique, pour la mère et l'enfant.

D'après la bibliothèque de santé génésique de l'OMS [21] : « Les femmes devraient être encouragées à accoucher dans la position qu'elles trouvent la plus confortable. Tant que les bénéfices et risques des différentes positions d'accouchement n'auront pas pu être établis avec une plus grande certitude, via des essais à la méthodologie rigoureuse, les femmes devraient pouvoir faire des choix éclairés quant aux positions d'accouchement qu'elles souhaiteraient utiliser pour mettre au monde leurs bébés. »

Dans notre étude, différents paramètres obstétricaux ont été étudiés. Les résultats trouvés sont rappelés ci-dessous :

- La durée des efforts expulsifs est similaire pour les multipares dans les deux positions,
- en décubitus latéral, la durée des efforts expulsifs est augmentée pour les primipares,
- aucune différence significative n'a été retrouvée en ce qui concerne les anomalies du rythme cardiaque fœtal,
- l'état néonatal est comparable dans les deux positions,
- le taux de déchirures périnéales du 1^{er} et du 2nd degré est diminué significativement en décubitus latéral,
- le taux d'épisiotomie est diminué significativement en décubitus latéral,
- un plus grand nombre d'hémorragie de la délivrance en décubitus dorsal.

Les résultats de notre étude valident l'hypothèse que le décubitus latéral n'expose pas la femme à plus de risques que le décubitus dorsal. Cependant, notre analyse souligne des biais importants. La parité est le principal biais retrouvé. Notre étude manque de puissance pour conclure sur les hypothèses que nous nous sommes posées au début de notre travail.

D'autres études comparant ces deux positions doivent être menées. Il serait intéressant :

D'après l'OMS [21], de réaliser :

- « *Un essai comparatif randomisé multicentrique (impliquant des centres de pays développés et en voie de développement) de bonne qualité*

méthodologique et portant sur les résultats à court et à long terme de différentes positions d'accouchement »,

- « *une étude qualitative devrait être menée afin de déterminer l'impact de l'environnement dans lequel a lieu l'accouchement sur la position adoptée par la femme à ce moment-là »,*
- « *des recherches devraient être menées sur l'opportunité de préparer les femmes à différentes positions d'accouchement ».*

Pour notre part :

- D'accéder aux éléments nous permettant de comparer le déroulement du travail dans les deux populations, afin d'écarter les biais (la durée, la quantité d'ocytociques utilisés, etc.),
- d'effectuer une étude prospective évaluant l'abandon de la position en décubitus latéral en vue d'une extraction instrumentale,
- d'évaluer l'influence de la parité sur la pratique de la sage-femme.

2. Le rôle de la sage-femme

La sage-femme a un rôle d'accompagnement global de la patiente. Elle est très présente en salle de naissance, elle guide la femme, la rassure. Elle suit le travail et pratique l'accouchement. Elle suit également la grossesse. Durant les *cours de préparation à la naissance*, elle est compétente pour apprendre aux femmes différentes positions. Cela leur permet de s'approprier, d'adopter une position dans laquelle elles se sentent bien, mais aussi de connaître des postures confortables qu'elles pourront utiliser jusqu'à la fin de la grossesse. Cette information faite en amont peut aussi être abordée en *consultation*. La femme a du temps pour mûrir son projet d'accouchement.

La sage-femme a un rôle d'information envers les patientes sur les avantages et les inconvénients obstétricaux de ces positions. Les femmes pourront ainsi choisir de façon éclairée la position dans laquelle elles désirent accoucher si toutes les

conditions sont réunies.

En salle de naissance, la sage-femme oriente sa patiente. Elle l'aide à se positionner confortablement. Dans le cas du décubitus latéral, le matériel requis est simple : une table d'accouchement classique avec des étriers à adapter.

La préoccupation de la sage-femme durant le travail et l'accouchement est le bien être maternel, fœtal et néonatal. Une position ne doit pas aller à l'encontre des éléments de surveillance nécessaire. La sage-femme allie confort et sécurité. Ces deux conditions sont respectées lorsque la patiente est installée sur le côté.

3. Les conditions de réalisations d'un accouchement en décubitus latéral

Notre étude qualitative nous a permis d'avoir une autre approche intéressante de l'accouchement sur le côté. Nous rappelons que des questionnaires ont été distribués aux sages-femmes de la maternité de Colombes qui pratiquent l'accouchement sur le côté. Vingt-quatre questionnaires ont été remplis. En interrogeant les sages-femmes de façon anonyme, nous avons pu recueillir leurs propos sur leur expérience. L'objectif était d'en savoir davantage sur leur formation, l'origine de la demande de position (la sage-femme ou la patiente) et connaître les moyens requis pour réaliser un accouchement sur le côté dans les conditions idéales.

3.1 La formation des sages-femmes

Les résultats nous ont montrés que la grande majorité des sages-femmes ont bénéficié d'une formation adaptée à cette pratique. Certaines l'ont eu durant leurs études, d'autres en tant que sage-femme. Rare sont celles qui n'ont bénéficié d'aucune formation initiale ou continue. Une minorité de sages-femmes désirent avoir des rappels complémentaires.

Il nous paraît important que les sages-femmes soient formées pour pratiquer

l'accouchement en décubitus latéral. Cela permettrait de répondre à la demande de la patiente, tout en assurant sa sécurité et celle du fœtus. Dans certaines écoles, des stages sont proposés dans les maternités pratiquant les accouchements en position latérale. Durant la formation initiale, des travaux dirigés expliquant la mécanique obstétricale dans les différentes positions d'accouchement sont proposés pour renforcer les connaissances théoriques et aider la sage-femme dans sa pratique professionnelle. Il serait profitable d'élargir cet enseignement à toutes les écoles.

Les positions d'accouchement sont aussi abordées dans le cadre de la formation continue. Certaines maternités l'ont incluse dans leur projet de service. La formation a un rôle important pour la sage-femme, mais pour être réellement à l'aise et maîtriser l'accouchement sur le côté, il faut le pratiquer.

3.2 L'origine de la demande de mise en position latérale

Nous rappelons les résultats concernant l'origine de la demande ci-dessous :

- Une sage-femme fait l'accouchement sur le côté uniquement lorsqu'il s'agit d'une demande de la patiente.
- Sept sages-femmes notent que la démarche n'est jamais faite par la patiente.
- pour seize sages-femmes, l'origine de la demande se fait à double sens : par la sage-femme et la patiente.

La demande versant sage-femme, n'est pas toujours faite de la même façon :

- Certaines font la proposition systématiquement à toutes les patientes.
- D'autres la font systématiquement aux multipares et parfois aux primipares, en fonction du contexte.
- D'autres sages-femmes proposent parfois cette position si la situation l'incite.
- Certaines ne font jamais la proposition.

Ces résultats mettent en avant le fait que chaque sage-femme ou patiente est libre

d'agir comme elle le désire. La demande d'accoucher sur le côté peut être faite par la patiente ou la sage-femme dans la situation souhaitée.

3.3 *Le matériel nécessaire*

Notre préoccupation était de savoir si les salles de naissance étaient équipées du matériel nécessaire pour réaliser un accouchement sur le côté dans des conditions idéales. Par le biais du questionnaire, nous avons appris que les sages-femmes ont tout le matériel à leur disposition. Elles n'ont pas de besoins supplémentaires. Sa pratique n'interfère donc pas avec la politique de maîtrise des dépenses de santé.

4. Proposition d'un protocole de suivi

4.1 *Indication au décubitus latéral*

Comme toute position d'accouchement, le décubitus latéral ne s'adresse pas à toutes les femmes. En salle de naissance, la sage-femme a un rôle important pour orienter la femme. Dans les situations énoncées ci-dessous, la patiente pourra être installée sur le côté si la politique du service le permet.

- Une absence de pathologie maternelle et fœtale.
- La grossesse doit être à terme, avec une absence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ni aucun élément inquiétant sur le bien être fœtal.
- Lorsque la patiente est très algique sur le dos, et moins sur le côté. Il s'agit souvent de femmes qui ont un bébé en présentation postérieure. Sans péridurale, elles ont le réflexe de se pencher en avant ou de s'installer sur le côté pour diminuer le poids du bébé sur la partie postérieure du bassin.
- Un accouchement rapide chez une femme qui s'est mise spontanément en décubitus latéral à son arrivée en salle de naissance.
 - Le désir de la patiente, et une poussée efficace dans cette position.

4.2 *Contre-indication au décubitus latéral*

Dans la littérature aucune contre-indication n'a été décrite pour cette position d'accouchement. Cependant, dans certaines situations, il est préférable d'installer la patiente en décubitus dorsal.

- ATCD de dystocie des épaules
- Macrosomie
- Absence de progression de la présentation durant les efforts expulsifs, en vue d'une extraction instrumentale
- Réalisation de manœuvres

4.3 Proposition d'un protocole pour l'accouchement en décubitus latéral

- 1- Installation adaptée de la patiente en décubitus latéral
- 2- La durée des efforts expulsifs est la même quelle que soit la position
- 3- La surveillance fœtale est strictement la même
- 4- L'indication d'une délivrance dirigée dépend des mêmes critères
- 5- Après la naissance :
 - Réinstaller la patiente en position gynécologique
 - Ajuster le sac de recueil des pertes sanguines
 - Faire la délivrance
 - Réinstaller confortablement la patiente
 - Administrer de l'oxytocine par voie parentérale, comme pour l'accouchement en décubitus dorsal, en fonction du protocole de service
 - Instaurer une surveillance rigoureuse, toutes les quinze à vingt minutes durant les deux heures du post-partum immédiat :
 - Surveiller les constantes

- Evaluer la tonicité utérine
- Evaluer les saignements
- Au moindre doute, laisser la voie veineuse périphérique en place à la sortie de la salle de naissance.

6- La sage-femme inscrit la position d'accouchement dans le dossier papier et le dossier informatique

Conclusion

Ce travail nous a permis de mettre en évidence plusieurs avantages apportés par la position en décubitus latéral lors de l'accouchement. Nous avons ainsi montré dans notre travail que la position latérale pour l'expulsion apparaît comme une position protectrice du périnée. Elle ne semble pas avoir d'influence négative sur le bien être fœtal et néonatal, ni sur le taux d'hémorragie de la délivrance. Nous avons constaté une durée des efforts expulsifs similaire dans les deux positions pour les multipares mais souvent augmentée chez les primipares. Cependant, notre étude comporte des biais majeurs, notamment sur la parité, ne nous permettant pas de conclure.

Cette position d'accouchement, pour la sécurité de la mère et du fœtus doit être pratiquée dans des conditions bien définies. Ces conditions sont facilement applicables dans la pratique professionnelle. Le décubitus latéral répond aux préoccupations des professionnels de santé en alliant surveillance, sécurité, analgésie et respect de la physiologie.

L'objectif de ce travail n'est pas de faire de cette position d'accouchement, une position systématiquement proposée (imposée ?) aux femmes. Le progrès est certainement dans l'offre qui leur est faite de se mobiliser comme elles le souhaitent, selon leurs besoins, éventuellement leur proposer des variantes positionnelles en tenant compte de chaque femme dans sa globalité (caractéristiques physiques, psychologiques et obstétricales). Le confort physique de chaque parturiente étant assuré, celle-ci pourra participer activement et sereinement à la naissance de son enfant.

Bibliographie

1. GUPTA JK, NIKODEM VC. Women's positions during the second stage of labour. *Cochrane Dabatase Review*, 2004, (1), CD002006.
2. MOREAU Y. Décubitus latéral ou décubitus dorsal : que préfère le périnée des patientes? *La Revue Sage-Femme*, 2009, volume 8, issue 133-137, <http://www.sciencedirect.com/science>.
3. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. *Précis d'obstétrique*. Masson, septembre 2008, 496 p.
4. LANSAC J, MARRET H, OURY JF. *Pratique de l'accouchement*. 5^{ème} édition, Masson, 2001, 553 p.
5. Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté. 15 décembre 2011. <http://afar.info>.
6. RACINET C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie, Obstétrique et fertilité*, 2005, volume 33, issue 7-8, <http://www.orthophonie.fr/enbref/position.doc>.
7. GUPTA J, HOFMEYR G, SMYTH R. Position in the second stage of labor, for women without epidural analgesia. *Cochrane Dabatase Review*, 2009, (2).
8. SCHAAL J, RIETHMULLER D, MAILLET R, UZAN M. *Mécaniques et techniques obstétricales*. 3^{ème} édition, Sauramps, 2007, 604 p.
9. Haute autorité de santé. 30 novembre 2010. www.has-sante.fr/.
10. SOONG B, BARNES M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth*, 2005, volume 32, issue 3.
11. POITEL B. *Les nouveaux rites autour de l'accouchement, quand l'obstétrique remplace croyances et coutumes*. L'instant présent, 2005.
12. WITKOWSKI GJ. *Histoire des accouchements chez tous les peuples*. Paris : Steinnell, 1886.

13. LEROY F. *Histoire de naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles : De Boeck, 2002.
14. BREMENT S, MOSSAN S, BELERY A, RACINET C. Delivery in lateral position. Randomized clinical trial comparing the maternal positions in lateral position and dorsal position for the second stage of labour. *Gynécologie, Obstétrique et fertilité*, 2007, volume 35, issue 7-8.
15. A DE JONGUE, A.L.M LAGRO-JANSSEN. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2004, volume 25, issue 47-55.
16. MOUGENEZ E, VILLA D, GUILLEMAIN B, THIEBAULGEORGES . Accouchements en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau 3 : expérience de la maternité de Nancy. *La Revue Sage-femme*. 2006, volume 5, issue 145-153.
17. Organisation mondiale de la santé. 22 août 2010. www.who.int/fr.
18. B. CALAIS-GERMAIN, N VIVES PARES. *Bouger en accouchant*. Le geste anatomique, 2009.
19. SHORTEN A, DONSANTE J, SHORTEN B. Birth position, accoucheur, and perinéal outcomes : informing women about choices for vaginal birth. *Birth*. 2002, volume 29, issue 18-27.
20. COURBIERE B, CARCOPINO X. *Gynecologie obstétrique*. Paris : Vernazobres-Grego, 2009, 560 p.
21. KAMINA P. *Anatomie petit bassin et périnée tome 1*. Paris : Maloine, 2005, 394 p.
22. LANSAC, BERGER, MAGNIN. *Obstétrique pour le praticien*. 5^{ème} édition, Masson, 2008, 497 p.

23. BERNADETTE DE GASQUET. *Bien être et maternité*. Paris : Implex, 2002.

24. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 25 novembre 2010.
www.cngof.asso.fr/.

Annexe 1 : Rappels anatomiques sur le bassin et sa mobilité

Dans le but de mieux comprendre l'influence des positions d'accouchement sur la mécanique obstétricale, nous faisons quelques rappels sur l'anatomie du bassin.

Lors de l'accouchement par les voies naturelles, le fœtus doit parcourir le canal pelvi-génital. Nous nous intéressons plus particulièrement au cadre osseux rigide, le bassin maternel. [3, 8, 21]

Ce dernier est composé de quatre os : en arrière le sacrum, prolongé par le coccyx et latéralement et en avant les deux os coxaux. Chaque os coxal est constitué de:

- L'os iliaque ;
- L'ischium ;
- Le pubis.

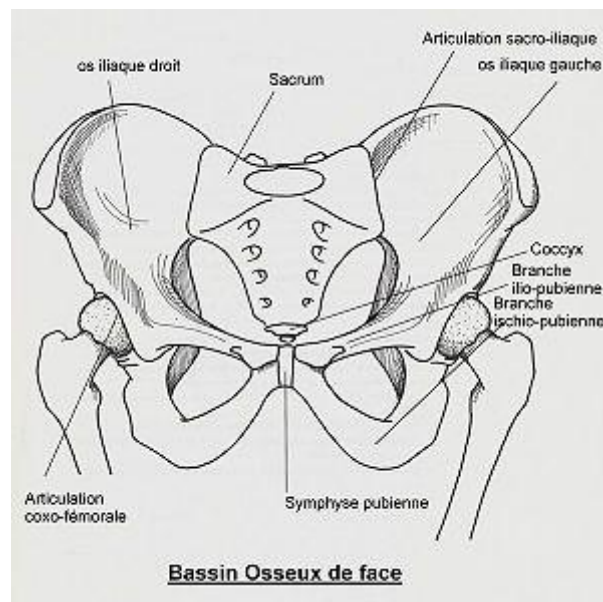


Schéma du bassin maternel

Les os du bassin sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des

symphyses :

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro-coccygienne, en arrière et en bas.

On distingue : [4, 20, 21]

- Le détroit supérieur, il correspond au plan de l'engagement. La présentation est dite engagée lorsque le plus grand diamètre de la présentation a franchi le plan du détroit supérieur. Le mobile fœtal poursuit ensuite sa descente dans l'excavation pelvienne.
- L'excavation pelvienne est un canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement transversal qui passe par les épines sciatiques : le détroit moyen.
- Le détroit inférieur, il forme l'orifice inférieur du bassin et le plan de dégagement de la présentation. C'est un orifice ostéo-fibreux de forme grossièrement losangique. En avant, il est limité par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en arrière, par le sommet du coccyx, latéralement par les branches ischio-pubiennes, et les tubérosités ischiatiques.

Les diamètres principaux du bassin permettant un accouchement eutocique sont :

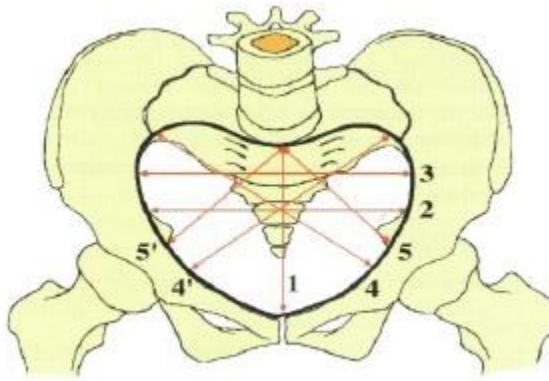
- Le diamètre promonto-rétro pubien est mesuré du promontoire au point le plus éminent de la face postérieure du pubis. En moyenne il mesure 105 mm.
- Le diamètre transverse médian correspond à la mi distance entre le promontoire et le bord supérieur du pubis. Nous trouvons en moyenne un diamètre de 135 mm.
- Les diamètres obliques droit et gauche relient l'éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque opposée.
- Le diamètre bisciatique (ou bi épineux) est la distance séparant les deux

épine sciatique. Il mesure en moyenne 110 mm.

- Le diamètre bi-ischiatique est la distance mesurée entre les faces internes des deux tubérosités ischiatiques, il mesure en moyenne 10 cm.

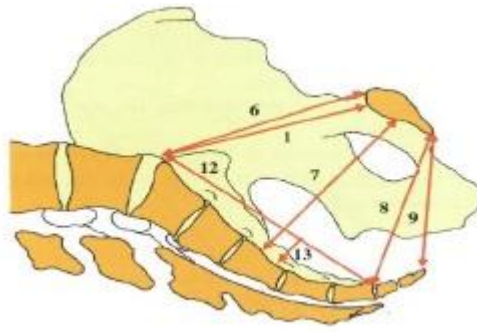
Promonto-retro-pubien	105 mm
Transverse maximum	135 mm
Bischiatique	10 cm
Bi-ischiatique	110 mm

Le détroit supérieur



- 1- Promonto-rétro-pubien (PRP)
- 2- Transversal médian (TM)
- 3- Transversal maximum
- 4- Obliques gauche et droit
- 5- Sacro-cotyloïdien

L'excavation et détroit moyen



6- Promonto-sus-pubien

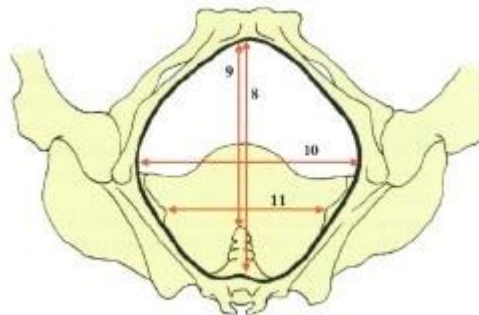
7- Mi-sacro-pubien

11- Bi-ischiatique

12- Corde sacrée

13- Flèche sacrée

Le détroit inférieur



8- Sous sacro-sous-pubien

9- Sous-coccy-sous pubien

10-Bi ischiatique

Les os du bassin sont mobiles entre eux au niveau de la symphyse pubienne et sont

reliés par des ligaments. A « l'état normal », ces variations sont quasiment inexistantes mais lors de la grossesse, toutes les articulations subissent l'imbibation hormonale gravidique. Les ligaments se relâchent, la symphyse pubienne atteint parfois un écart inter-pubien moyen de 1,5 cm. Cette préparation permet une augmentation de l'amplitude des mouvements de toutes les articulations, ce qui facilite le passage du mobile fœtal à travers la filière pelvienne.

Annexe 2 : Classification de Melchior

<i>TYPE 0</i>	Pas de modifications du RCF
<i>TYPE 1</i>	R à chaque effort expulsif (entre 2 CU RCF non modifié)
<i>TYPE 2</i>	Baisse de la FDB aboutissant à une bradycardie permanente
<i>TYPE 3</i>	Type 2 + accélérations marquées pendant CU
<i>TYPE 4</i>	La baisse de la FDB est différée par rapport au début des EE

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux sages-femmes qui pratiquent l'accouchement sur le côté à Colombes

1) Avez-vous bénéficié d'une formation pour la pratique de l'accouchement dans cette position ?

Oui	Non
-----	-----

- Si oui :

Durant vos études	Durant votre pratique professionnelle
-------------------	---------------------------------------

2) Avez-vous eu des rappels (formation continue, lectures, échanges professionnels,...)?

Oui	Non
-----	-----

- Si oui, combien ?

Et/ou de quelle nature (formation continue, lectures, échanges professionnels,...) ?

- Ressentez-vous le besoin d'avoir des rappels supplémentaires ?

Oui	Non
-----	-----

3) L'accouchement sur le côté est une proposition de votre part ou une demande de la patiente ?

De ma part	Demande de la patiente
------------	------------------------

- *S'il s'agit d'une demande de votre part :*

Je le propose systématiquement quand le contexte le permet	Je le propose parfois quand le contexte le permet
---	--

4) Pensez-vous avoir tous les moyens à votre disposition pour le pratiquer dans des conditions idéales ?

Oui	Non
-----	-----

- Si non, quelles sont vos suggestions ?

Titre et Résumé

Dans ce mémoire, nous abordons deux positions d'accouchement : le décubitus dorsal et le décubitus latéral.

Notre objectif était de montrer l'intérêt du décubitus latéral lors de la deuxième phase d'expulsion. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective comparative cas-témoin. Les principaux critères obstétricaux ont été étudiés. Nous avons comparé les patientes ayant accouché en décubitus latéral à la maternité de Colombes avec les patientes ayant accouché en décubitus dorsal à la maternité de Port Royal.

419 dossiers ont été étudiés. Dans notre travail, la position latérale pour l'expulsion apparaît comme une position protectrice du périnée. Elle ne semble pas avoir d'influence négative sur le bien être fœtal et néonatal, ni sur le taux d'hémorragie de la délivrance. Nous avons constaté une durée des efforts expulsifs similaire dans les deux positions pour les multipares mais souvent augmentée chez les primipares.

Le décubitus latéral paraît être une bonne alternative à la position classique d'accouchement. Cette position répond aux préoccupations des professionnels de santé en alliant surveillance, sécurité, analgésie et respect de la physiologie.

Mots-clés : Position d'accouchement, décubitus latéral, mécanique obstétricale.

Title and abstract

In this paper, we discuss two birthing positions: the supine and lateral decubitus.

Our objective was to demonstrate the value of lateral decubitus position during the second phase of expulsion. For this, we performed a retrospective case-control comparison. Key criteria were studied midwifery. We compared patients who gave birth in side lying in Colombes maternity ward with patients who have given birth in the supine position in Port Royal maternity ward.

419 files were investigated. In our work, the lateral position for the delivery appears as a protector of the perineum. It does not seem to have a negative influence on the welfare fetal, neonatal, or the rate of postpartum hemorrhage. We found a similar duration of expulsive efforts at both positions for multiparous but often increased in primiparous.

The lateral position appears to be a good alternative to the traditional position of delivery. This position responds to the concerns of health professionals by combining surveillance, security, analgesia and respect of physiology.

Keywords : Birthing position, lateral decubitus, mechanical obstetric wellness fetal, wellness neonatal, Perineum.